

RAHİM İÇİ KONTRASEPTİF ARAÇLARI İLE İLGİLİ ADLİ TIP SORUNLARI

OSMAN ÇELBİŞ^{a)}, ZEKİ SOYSAL^{b)}

a) Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, İstanbul, Türkiye.

b) İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye.

THE MEDICOLEGAL ASPECTS OF THE USE OF THE INTRAUTERINE DEVICE

SUMMARY

The intrauterine contraceptive device, more commonly known as the intrauterine device is an object inserted into the uterus to prevent conception.

Liability may be imposed on a physician regarding the use of IUDs for the failure to inform and continue to inform the patient of the risks associated with use, the failure to take a complete patient history and perform a thorough examination, negligent insertion or removal of the device, negligence in determining that the device is properly in place, the failure to advise and warn a patient about risks associated with pregnancy occurring while the IUD is in place, or the failure to adequately monitor the patient for possible adverse reactions associated with the use of the device.

In this article the authors have dealt with the medicolegal aspects of the use of intrauterine contraceptive devices. This article will serve to give both medicolegal experts and obstetricians-gynecologists more insight and clearer perspective into the legal aspects of the intrauterine contraceptive device use and enable them to employ such knowledge advantageously in future such legal cases.

Key Words : Intrauterine device, medicolegal aspects

ÖZET

Rahim içi kontraseptif araç , gebeliği önlemek için uterusu yerleştirilen bir cisimdir. Bir hekime aşağıdaki nedenlerle sorumluluk yüklenebilir: Hastayı rahim içi aracın kullanımı ile ilgili risklerden haberdar etmemek, hastanın anamnezini tam olarak almamak, hastayı tam olarak muayene etmemek, aracı ihmal unsuru içerecek şekilde takmak, aracı ihmal unsuru içerecek şekilde çıkarmak, aracın usulüne uygun olarak yerinde durup durmadığını belirlerken ihmalkar davranış sergilemek, hastayı rahim içi aracı yerinde iken meydana gelen gebelik ile ilgili risklerden haberdar etmemek, hastayı rahim içi aracının kullanımı ile ilgili muhtemel ters reaksiyonlar yönünden yeterince izlememek.

Bu yazıda yazarlar rahim içi kontraseptif araç kullanımının adli- tıbbi yönlerini ele almışlardır. Bu yazı hem adli tıp uzmanlarına hem de doğum-kadın hastalıkları uzmanlarına rahim içi kontraseptif araç kullanımı ile ilgili yasal yönlerin esasını daha iyi anlamalarını ve gelecekteki bu tür adli olgularda bilgilerini daha yararlı bir şekilde uygulamalarını sağlayacaktır.

GİRİŞ

Rahim içi aracının kullanılması ile ilgili teori çok eski zamanlara kadar dayanmaktadır. Arap ve Türk deve sürücülerinin uzun yolculuklar sırasında hayvanlarının gebe kalmalarını önlemek amacıyla rahimlerine çakıl taşı koydukları sanılmaktadır. Düşük yapmak amacıyla peser kullanımını yasaklayan Hippocrates yemini, çok eski zamanlarda gebeliğin önlenmesinde rahim içi araçlarının kullanıldığını akla getirmektedir (1).

1800'li yılların son döneminde metal rahim içi araçları piyasaya çıkarıldı. Birçok kadında bunların kullanılması şiddetli ve çoğu kez ölümle sonuçlanan pelvis enfeksiyonlarına yol açtı. Henüz o dönemlerde antibiyotikler bulunmuyordu. 1960 yılında paslanmaz çelik ve polietilen yapıları rahim içi araçlarının geliştirilmesi sonucunda güvenilir derecede emniyet düzeyine ulaşıldı. Her iki madde enfeksiyon riskini azalttı (1).

1960'dan bu yana pek çok kadında istatistiksel olarak kontrollü klinik denemeler yapıldı. Bu çalışmaların sonucunda rahim içi araçlarının yapısı, büyüklüğü ve diğer özelliklerinde değişiklikler yapılarak yüzlercesi piyasaya çıkarıldı. Bununla birlikte, günümüzde kullanılmakta olan rahim içi araçlarının çeşitleri nispeten az sayıdadır (1,2).

Tipik olarak, halen kullanılmakta olan araçlarda gelişim sağlamak amacıyla çeşitli modifikasyonlar yapıldı ve yenilikler geliştirildi. Bu gelişmeler aracın uterus içine daha kolayca yerleştirilmesi, etkinliğinin daha fazla olması, daha geniş yüzeyli olması, atılmaya karşı dirençli bulunması ve çıkarılma kolaylığı konularıyla ilgiliydi (3).

RAHİM İÇİ ARAÇLARININ ÇEŞİTLERİ (1,4)

Halen kullanılmakta olan iki önemli çeşit rahim içi aracı bulunmaktadır. Birinci çeşit inert rahim içi araçları olup bunlar polietilen yapısındadır. İkinci çeşit ise bakır veya progesteron içeren rahim içi araçlarıdır. Bakır ihtiva eden rahim içi araçlarında ince bakır tel sarıdır. Kapalı şekildeki rahim içi araçları halkalar veya kavisler ihtiva ederler. Açık şekilde olanlarda ise spiraller ve kıvrımlar vardır.

Son yıllarda gelişmiş ülkelerde bakır ihtiva eden rahim içi araçlarının kullanımında önemli bir artış görülmüştür.

İnert Rahim İçi Araçları

1960'lı yılların başlarında piyasaya çıkarılan plastik inert rahim içi araçlarının avantajları şunlardır: Ucuzdurlar. Anestezisiz rahim içine yerleştirilebilirler. Varlıkları uterus serviksinden vaginaya doğru sarkan bir ip ile doğrulanabilir. Bu sarkan ip aracı çıkartmak için bir pensetle tutulabilir. En yaygın kullanılan çeşidi Lippes Loop'tur.

Lippes Loop

Lippes Loop polietilen yapıları çift S şeklinde araçtır. Bunların piyasada A, B, C ve D şeklinde isimlendirilen ve genişlikleri 22.5 mm ila 30 mm arasında değişen dört

çeşidi vardır. Loop A, B daha küçüktür. Bunlar nullipar kadınlar için yapılmıştır. Daha büyük olan Loop C ve D ise multipar kadınlarda kullanılır. Bu loop'ların büyüklüklerinin anlaşılabilmesi amacıyla ipleri farklı renklerde yapılmıştır. Bunlar serviks yoluyla sokulan dar plastik bir tüpten (yaklaşık olarak 5 mm genişliğinde) içeri sokulur. Daha geniş olan uterusu kıvrılmazlar ve asıl orijinal şekillerini korurlar. Bunlar steril paketler içinde, bir kere kullanıldıktan sonra atılan yerleştiricilere önceden koyulmuş bir şekilde bulunurlar (5).

T ve 7 Şeklinde Rahim İçi Araçları

Günümüzde sık olarak kullanılan diğer inert araç T şeklindeki rahim içi aracıdır. Küçük, orta ve büyük boyları vardır. T ve 7 şeklindeki araçlar diğer rahim içi araçlarından daha küçüktür ve bu nedenle nulliparlar için daha uygundur. T ve 7 modelleri daha küçük oldukları için bunlarda loop modeline nazaran gebelik oranı daha yüksektir. T ve 7 modellerine bakır veya progesteron gibi kimyasal maddenin ilavesi onların etkinliklerini arttırmıştır. Bu tür araçlar uterus içine usulüne uygun bir şekilde yerleştirilmedikleri takdirde, atılma, kanama veya ağrı nedeniyle çıkarılma oranları yüksektir. Eğer bu aracın uterusu fundus yerine çok aşağılarda orijinal şeklini alıncaya kadar açılmasına imkan verilirse, şiddetli semptomlar oluşabilir (6).

Margulies Spirali ve Birnberg Kulpu

Margulies Spirali ve Birnberg Kulpu kullanılan diğer inert araçlardır. Margulies Spirali kanama ve atılma oranı yüksektir. Birnberg Kulpu'nun takılması hüner gerektirir. Çünkü aracın orijinal şeklini alabilmesi için uterus içine usulüne uygun olarak takılması gerekir. Bu araç usulüne uygun olarak takılmadığı takdirde, perforasyon oluşabilir. Bundan başka, uterus perforasyonunu müteakip kapalı halkaları barsakta boğulmaya yol açabilir.

Dalkon Shield

1970 yılında piyasaya çıkarılan Dalkon Shield daha geniş bir yüzey sağlamak amacıyla yapılmış olan kalkan şeklinde bir araçtır.

Dalkon Shield aracında ince, yarı saydam plastik bir membran plastik yapıdaki bir kenara tutunmaktadır. Uterus içinde usulüne uygun bir şekilde durabilmesi için plastik kenarın yan taraflarında balık yüzgeçleri şeklinde çıkıntılar bulunur. Diğer rahim içi araçlarına nazaran atılma ve gebeliği önlemede başarısızlık oranları daha düşüktür. Daha önce başka rahim içi araçlarının atıldığı hastalarda Dalkon Shield'in etkili olduğu bildirilmiştir. Ölümüne yol açan bazı sepsis olguları açıklandıktan sonra Dalkon Shield piyasadan kaldırıldı (7). Bu aracın ipinin kapiller etki ile aşağı genital sistemden bakterilerin yukarı doğru taşınmasına yol açabileceği gösterilmiştir.

Dalkon Shield'in kullanımına bağlı pek çok davanın açıldığı bildirilmiştir. Tüm davalar, ürün sorumluluğu teorisine dayandırılmıştır. Bu teori ürünün plan-

lanmasındaki kusurları kapsamakla birlikte, sadece bununla sınırlı değildir ve aynı zamanda ürünün kullanıcılarını muhtemel tehlikeler ve kusurlar hakkında doğru bir şekilde bilgilendirmemeyi de kapsar (4).

Kimyasal Aktif Madde İhtiva Eden Rahim İçi Araçları

Bakırlı Rahim İçi Araçları

Bakırlı T (T Cu-200) adını alan rahim içi aracı 1972 yılında, Bakır 7 (Cu-7) denilen rahim içi aracı ise 1974 yılında piyasaya çıkarıldı. Daha sonra Multiload, T Cu-380 A, T Cu-220 C bakırlı rahim içi araçları geliştirildi (7,8).

Steroid Hormonları Salgılayan Rahim İçi Araçları

Progesteron veya levonorgestrel gibi steroid hormon salgılayan rahim içi araçları günümüzde piyasada bulunmaktadır. Bunların arasında bulunan Progestasert, T şeklinde bir araç olup 38 mg progesteron ihtiva eder ve her gün az miktarda hormon salgılar. Levonorgestrel ihtiva eden araçlar da günde az miktarda hormon salgırlar. Bu lokal olarak salınan hormonların etkili dozu, ağız yoluyla alınan dozdan daha azdır. Kullanımları ile ilgili sistemik ters etkiler de daha azdır.

RAHİM İÇİ ARAÇLARININ ETKİ MEKANİZMALARI (4)

Birçok araştırmacının insanlarda rahim içi araçlarının gebeliği ne şekilde önlediğini belirleyebilmek için yoğun çalışmalar yapmasına rağmen, günümüzde bu konuda herkes tarafından kabul edilen bir açıklama bulunmamaktadır. Rahim içi araçlarının sistemik veya genel etkilerinin bulunmadığı ortadadır. Normal endokrinolojik fonksiyonlar bozulmaz. Plazma progesteron seviyeleri normaldir. Rahim içi araç kullanan kadınlarda ovulasyon her zamanki gibi oluşur. Rahim içi araçlarının kontraseptif etkisi lokaldır ve bu etki uterus üzerinedir. İnsanlarda birkaç farklı mekanizmanın bulunduğu ileri sürülmektedir.

Bütün rahim içi araçları uterusu yabancı bir cisme karşı gelişen iltihabi reaksiyonu uyarır. Bu da endometriumda ve rahim içi sıvılarında hücresel ve biyokimyasal değişikliklere neden olur. Bu değişikliklerin kontraseptif etkiden sorumlu olduğuna inanılmaktadır. Rahim içi aracının uterusu takılışından sonra önce endometriumda ve rahim içi sıvılarında çok sayıda lökosit belirir ve bunu yabancı cisim dev hücreleri, plazma hücreleri, mononükleer hücreler ve makrofaj hücrelerinin ortaya çıkışı izler. Bu hücreler uterus içinde karşılaştıkları spermi veya döllenmiş yumurtayı fagositoz olayı ile yok edebilirler.

Bir başka olasılık da, uterusu bu iltihabi reaksiyonun endometriumda değişikliklere neden olmasıdır. Bunun sonucunda normal siklik değişikliklerde gecikme olur. Normalde bu siklik değişiklikler sonucunda döllenmiş olan ovumun endometri-

uma implantasyonu mümkün hale gelir.

Bir rahim içi aracının varlığında tuba uterinaların motilitesinde artış olur. Bu motilite artışı yumurtanın tubadan geçişini çabuklaştırır. Geçiş zamanının azalması tubada yumurtanın sperm ile dölleme olasılığını azaltır. Ayrıca, tubada oluşan döl- lenmiş yumurtanın ilk bölünme olasılığı azalır.

Servikal mukusun bileşiminde oluşan değişikliklerin de gebeliğin önlenmesinde rolü olabilir. Spermin uterusu girmesi için, mukusa penetre olması gerekir. Spermin servikal mukus içine penetrasyonu, daha sıvı bir durumda bulunduğu siklusun orta döneminde olur. Bu dönemde spermin serviks uteriden uterusu, oradan da yumurtanın döllemesinin meydana geldiği yer olan tuba uterinaya geçişi kolaylaşır. Servikal mukusta oluşan anormallikler belki de spermin uterusu girişini önlemektedir.

Rahim içi araçlarının yumurtanın uterusu implantasyonunu engelleyici mekanik etkileri de bulunabilir. Bundan başka, rahim içi aracının endometriumda kazıyıcı bir etki ile implante olmuş olan yumurtanın yerinden oynamasına yol açma olasılığı da bulunmaktadır. Bir başka olasılık da, rijit rahim içi araçlarının uterus boşluğunun şeklini değiştirmesi ve boşluğu genişleterek buranın sıvı ile dolu bir yer haline almasına neden olmasıdır. Bu durumda döllemiş yumurta implantasyon için endometrium ile temasa hazır değildir.

Özetle, rahim içi aracının en muhtemel etki şekilleri şu şekilde gösterilebilir:

1. Tuba uterinallara ulaşan spermatozoa sayısında azalmaya yol açarlar veya spermatozoaların dölleme yeteneğini bozarlar.
2. İmplantasyon üzerine direkt mekanik etkileri vardır.
3. Döllemiş yumurtanın implantasyonuna engel olan endometrium değişiklikleri yapar.
4. Çok erken düşüğe yol açan miyometrium aktivitesini (uterus kasının kasılması) uyarırlar.

Progesteronlu veya bakırlı rahim içi araçlarının gebeliği önleme konusunda lokal etkilerinin bulunduğu sanılmaktadır. Progesteronlu rahim içi araçları yavaş bir şekilde progesteron hormonu salgırlar. Bu şekilde uterusu nispeten yüksek progesteron düzeyi ve düşük östrojen düzeyi oluşur. Böyle bir ortamda döllemiş yumurtanın uterusu implantasyonu mümkün olmaz. Çoğu progesteronlu rahim içi araçları o kadar az progesteron ihtiva ederler ki bunların ovaryumlar veya ovulasyon üzerine etkileri bulunmaz ve kanda da ek bir progesteron artışı tespit edilmez.

Bakırlı rahim içi araçlarının gebeliği ne şekilde önlediği konusunda kesin bilgiler bilinmemektedir. Bakırın uterus enzimlerini bozucu etkisi bulunmaktadır. Ayrıca bakır uterus mukozasının östrojen tutuşunu ve endometriumda glikojen metabolizmasını bozar. Bakır ayrıca servikal mukusun bileşimini de etkileyebilir veya sperm motilitesi ya da spermin yaşama süresini değiştirebilir. İnert yapıdaki bir araca bakır ilavesinin onun kontraseptif etkinliğini artırdığı anlaşılmaktadır. Bakırın ne şekilde gebeliği önlediği konusunda fikir birliği bulunmamaktadır.

HASTA SEÇİMİ VE RAHİM İÇİ ARACI KULLANIMINA KONTRAENDİKASYON OLUŞTURAN DURUMLAR

Rahim içi araçları etkinlik açısından oral kontraseptiflerden sonra gelirler. Rahim içi araçları koitus öncesinde herhangi bir önlem alınmasını gerektirmez. Rahim içi araçlarının sistemik etkileri yoktur. Bununla birlikte, rahim içi araçları önemsiz ve bazen de önemli komplikasyonlara yol açabilir.

Genellikle anamnezinden daha önce pelvisin iltihabi hastalığını geçirmediği anlaşılan, oral kontraseptiflere iyi aday olmayan ya da etkili bariyer kontrasepsiyon yöntemini şiddetle arzulayan kadınlarda rahim içi aracı makul bir kontrasepsiyon yöntemidir.

Özellikle çocuk sahibi olmayı planlayan nuliparlar ve daha az ölçüde ise başka bir çocuk sahibi olmak isteyen kadınlar için rahim içi aracı seçilirken bazı noktaların göz önünde bulundurulması gerekir. Bu tür kadınlarda pelvis iltihabi hastalığı gelişiminin diğer kadınlara nazaran daha olası olduğu bilinmelidir. Pelvisin iltihabi hastalığında tubalarda tıkanıklık ve infertilite meydana gelme olasılığı söz konusudur. Bununla birlikte, pelvisin iltihabi hastalığı gelişme riski, genç ve çok sayıda cinsel partneri bulunan kadınlarda, sıklıkla cinsel ilişki ile bulaşan hastalıklara yakalananlarda en fazladır. Bazı klinisyenler rahim içi aracının nulipar kadınlar için uygun olmadığını düşünmektedir. Bu nokta son zamanlarda yapılan çalışmalarda destek kazanmıştır. Hiç çocuk doğurmamış ve bir kontraseptif yöntem seçme girişiminde bulunan kadınlara rahim içi araç kullanımından kaynaklanan tubal infertilite riskinin diğer yöntemlerle ilgili riske nazaran iki misli olduğunu söylemek gerekir. Üreme sisteminin bütünlük kaybı kontraseptif kullanımının en ciddi komplikasyonlarından biri olduğundan, rahim içi aracı nullipar kadınlar için ilk seçilecek yöntem olmamalıdır (9).

Rahim içi aracının takılmasına kontraendikasyon oluşturduğu kabul edilen diğer tıbbi durumlar şunlardır: Bilinen veya şüpheli gebelik durumu, genital sistemde şüpheli malign durum, konjenital uterus anomalileri, rahim içi aracının doğru bir şekilde takılmasını önleyen uterus miyomları, tanısı koyulmamış vaginal kanama ve anamnezde dış gebeliğin bulunuşu, yakın zamanlarda geçirilen enfekte düşük, tedavi edilmemiş akut vagina iltihabı veya servisit, tanısı koyulmamış Wilson hastalığı, bakıra karşı bilinen allerji durumu (bakır ihtiva eden rahim içi araçları için).

Bundan başka, hekimler anemisi olan veya anamnezinde menoraji ya da hiper-menore bulunan hastalarda rahim içi araçlarını dikkatle kullanmalıdır. Menorajisi ya da metrorajisi bulunan hastalarda rahim içi aracının takılmasından sonra hipokrom mikrositik anemi gelişme riski bulunabilir. Antikoagülan alan ya da koagülopatisi bulunan hastalarda rahim içi araçları dikkatle kullanılmalıdır. Kalbinde kapak hastalığı veya konjenital kalp hastalığı bulunanlar ve kalbinde kapak protezleri olan hastalar bakteriyel endokardit gelişmesine yatkınlık gösterirler. Bu gibi

hastalarda rahim içi aracı septik embolusların kaynağı olabilir.

HASTAYA DANIŞMANLIK HİZMETİ VERİLMESİ VE ONUN AYDINLATILMIŞ RIZASININ ALINMASI (10,11,12)

Bütün kadınlar için uygun olan bir rahim içi aracının geliştirilmesi mümkün olmamıştır. Örneğin nuliparlar ve postpartum dönemde bulunan kadınlar için aynı rahim içi aracı ideal değildir. Bununla birlikte, rahim içi araçlarının kadınların belirli bir yüzdesi için en iyi kontrasepsiyon yöntemi olduğu kabul edilmektedir. Sonuç olarak, hastanın bilgilendirmeden sonra kararını vermesi gerekir. Burada hekimin rolü hastaya bilgi vermek ve onun kararını verebilmesi için gerekli önerilerde bulunmaktır. Bu bilgi bütün kontraseptif yöntemlerinin avantajlarının, sakıncalarının, etkinliklerinin ve ters etkilerinin tartışmasını içermelidir. Bu danışma hizmetinde hemşireler veya sağlık eğitimcilerinden yararlanılabilir ise de asıl sorumluluk hekime ait olmalıdır.

Rahim içi kontrasepsiyon diğer aile planlaması yöntemlerine nazaran hekime daha büyük sorumluluk yükler. Örneğin oral kontraseptiflerin ve bariyer yöntemlerinin (kondom, diyafram, v.b.) kullanımında uygun öneriden sonra bu yöntemlerin gerektiği şekilde uygulanması sorumluluğu hastaya düşer. Hekimin rahim içi aracının takılması ile ilgili aydınlatılmış rızanın yeterliliğine, etik ve yasal yönlere dikkat etmesi gerekir. Bir hasta bu yöntemi seçtiğinde ona başarısızlık oranı hakkında bilgi verilmelidir. Ayrıca kanama veya ağrı gibi beklenen ters etkiler bildirilmelidir. Hastaya rahim içi aracı takılmasından sonra adetlerinin normalden daha erken başlayabileceği, normalden daha uzun sürebileceği ve adet kanamasının daha şiddetli olabileceği noktaları da açıklanmalıdır. Bakırlı rahim içi aracı kullanan kadınlara deride bakıra karşı allerjik reaksiyon gelişebileceği söylenmelidir. Bundan başka, rahim içi aracının atılma olasılığı ve seçilmiş olan aracın beklenen atılma sıklığı bildirilmelidir. Araç takıldıktan sonra hastaya serviksten sarkan ipini nasıl kontrol edeceği gösterilmelidir. Hasta rahim içi aracının ipini palpe edemediğinde veya adet görmediğinde, hekime başvurması önerilmelidir.

Hastaya pelvis enfeksiyonu ve bunu müteakip üreme fonksiyonunun kaybı olasılıkları bildirilmelidir. Bu nokta özellikle nullipar kadınlar açısından önemlidir. Pelviste ağrı, hassasiyet, ateş, aşırı derecede kanama, kramp veya akıntı gibi pelvis enfeksiyonunun bulgu ve semptomları ortaya çıktığında hekime başvurması söylenmelidir.

Bu danışma hizmetinde, araç yerinde iken gebelik meydana gelirse, bunun dış gebelik olabileceği ve karında ağrı ile amenorenin dış gebeliği gösterebileceği açıklanmalıdır. Bundan başka, eğer gebelik meydana gelirse, hastaya rahim içi aracının hemen çıkarılmasının gerektiği ve böyle koşullarda aracın çıkarılmamasının septik düşük riski taşıdığı anlatılmalıdır. Son olarak, hasta hangi çeşit rahim içi aracı takılmış olduğunu ve aracın değiştirilmesi için önerilen zamanı bilmelidir.

Rahim içi aracı takılmasının, hastanın aydınlatılmış rızasının alınmasını gerektiren küçük cerrahi bir işlem olduğu kabul edilmelidir. Bu rıza yazılı olarak verilmeli ve tanıkların huzurunda imzalanmalıdır. Hasta aydınlatılmış rızasını verirken işlemin amacını ve onun muhtemel komplikasyonlarını anlamalıdır. Hekim, hastadan ters etkilerin niteliğini ve olasılığını, az orandaki başarısızlık, şiddetli iltihabi veya enfeksiyöz hastalık, uterus perforasyonu ve araç yerinde iken dahi gebeliğin meydana gelebileceğini anladığını gösteren belgeyi imzalamasını istemelidir. Bazı hekimler, bu tür bir belgeye gebelik meydana gelirse gebeliği sonlandırma yükümlülüğünün bulunmayacağı hususunun da ilave edilmesini isteyebilirler.

Hasta ile bu konuların tartışılması zorunludur. Bu tartışma, hastanın aydınlatılmış rızasının alınmasının vazgeçilmez bölümüdür.

Oral kontraseptiflerde olduğu gibi rahim içi araçları da reçete ile verilir. Bir hasta ilk defa rahim içi aracı almak için başvurduğunda, kendisine gerekli broşür sağlanmalıdır. Hastaya broşürü okuma ve rahim içi aracı ile diğer kontrasepsiyon yöntemleri konusunda sorabileceği soruları ayrıntılı bir şekilde tartışma fırsatı verilmelidir.

Genellikle nulipar olan 13-19 yaş arasındaki hastada rahim içi aracına bağlı ağrı, atılma veya adet düzensizliği bulunması muhtemeldir. Bu nedenle, bu tür bir hasta rahim içi aracının takılması için uygun bir kişi değildir. Ayrıca bu hastaların yaşı ile ilgili yasal sorunlar ortaya çıkabilir. Genelde, rahim içi aracını takmadan önce hastanın ebeveynlerinin veya vasisinin rızasının alınması en uygun işlemdir.

Birçok davada hekimin hastaya riskler konusunda uyarıda bulunmadığı görülmüştür. Davacılar, genellikle riskler konusunda tamamen bilgilendirilmedikleri için rahim içi araçları ile ilgili rızalarının eksik olduğunu ileri sürerler.

RAHİM İÇİ ARACINI TAKMA TEKNİĞİ (1)

Rahim içi aracı kullanımının başarısını belirleyen önemli olaylar arasında gebelik, aracın atılması, aracın ağrı, kanama ve enfeksiyon nedeniyle çıkarılması yer alır. Aracın takılması bütün bu olayların meydana gelmesini etkileyebildiğinden, doğru bir şekilde takılmasının önemi küçümsenemez. Farklı takma teknikleri bulunmasına rağmen, takanın hüneri her birisi açısından önem taşır (13,14)

Rahim içi aracının kullanımına kontraendikasyon oluşturan durumları belirlemek için hastanın dikkatli bir şekilde tıbbi anamnezi alınmalıdır.

Anamnezde belirlenen kontraendikasyonları teşhis etmek için tam bir fizik muayene yapılmalıdır.

Gebeliği, uterus miyomlarını, uterus anormalliklerini, uterusun büyüklüğünü, kıvrımını ve pozisyonunu belirlemek için dikkatli bir pelvis muayenesi yapılmalıdır.

Serviks, antiseptik bir solüsyon ile temizlenmelidir. Uterusun boyu ve pozisyonu steril bir buji ile belirlenmelidir.

Rahim içi aracı dikkatlice steril bir yerleştirici içine koyulmalıdır.

Serviks bir pens ile tutulmalı, servikal kanalı düzleştirmek için traksiyon uygulanmalı ve daha sonra araç yerleştirilmelidir.

Gebeliğe karşı en fazla korunmayı sağlamak ve uterus kontraksiyonlarına bağlı atılma olasılığını azaltmak için bütün rahim içi araçları uterusta mümkün olduğu kadar yükseğe yerleştirilmelidir.

Lippes Loop veya T şeklindeki rahim içi araçlarının yerleştirilmesinde çubukla itme tekniği uygulanır. Bu araçların yerleştiricileri hafifçe servikal kanalın iç deliğine sokulur. Bu lokalizasyonda kol tertibatı ile sabit tutulur ve rahim içi aracı uterus boşluğuna itme çubuğu ile itilir. Daha sonra yerleştirici çıkarılır ve rahim içi aracının ipi dış servikal deliğin 1 cm ötesinden kesilir.

Bakırlı veya hormonlu rahim içi araçları ise aşağıdaki şekilde takılır: Aracın yerleştiricisi serviks yoluyla fundusa kadar veya uterus boşluğunun içine sokulduktan sonra araç yerleştirilir. Bu şekilde Bakırlı T aracının veya Progestasert'in kolları ya da Bakır 7 aracının tek horizontal kısmı yanlara doğru açılır. Daha sonra yerleştirici çıkarılır. Aracın ipi dış servikal deliğin 1 cm ötesinden kesilir.

Kullanılacak olan belirli tipteki rahim içi araçlarıyla beraber aracın nasıl takılacağı konusunda imalatçısının talimatları da eklenir. Bu talimatlara uyulması önem taşır. Aracın doğru bir şekilde takılmış olup olmadığını ve hala yerinde durup durmadığını belirlemek için hasta aracın takılmasını izleyen ilk üç ay içinde yeniden muayene edilmelidir.

RAHİM İÇİ ARACINI TAKMA ZAMANI (1)

Rahim içi araçları adet görme sırasında, doğum ve düşükten sonra takılabilir. Erken dönemdeki bir gebelikle karıştırılmaması için bazı hekimler rahim içi araçlarını menstrüel periyod sırasında takmayı tercih ederler. Menstrüasyon sırasında takma, çoğu kez aracın takılmasıyla ilgili olan kanamayı maskeler. Bundan başka, servikal kanal bu sırada biraz genişlemiş olabilir. Bu dönemde takmanın daha kolay olduğu söylenmektedir. Bununla birlikte, günümüzdeki görüş rahim içi aracının menstrüel siklusun herhangi bir zamanında takılabileceği şeklindedir (15).

Doğumdan sonraki dönem de rahim içi aracının takılması açısından uygun olan bir zamandır. Bu zamanda hastada gebeliği önleme motivasyonu yüksektir. Serviks aracın takılmasını kolaylaştıracak kadar geniştir ve aracın takılmasından sonraki kanama postpartum kanama veya loşi ile maskelenir. Bununla birlikte, araç doğumdan hemen sonra takılmış ise atılma oranı yüksektir.

Düşükten sonra rahim içi aracının takılması daha çok önerilir. Düşükten sonra takma ile ilgili avantajlar arasında hastanın yüksek motivasyonu, servikal dilatasyon ve kanamanın maskelenmesi durumları yer alır.

Hekim, genellikle doğumdan veya düşükten sonra uterusun involüsyonu tamamlanıncaya kadar rahim içi aracını takmamalıdır. Eğer uterus normal durumuna dön-

memişse perforasyon veya daha sonra atılma riski artar.

Rahim içi aracını takmanın en uygun zamanı konusunda bazı tartışmalar bulunmasına rağmen, başka koruma yöntemlerini uygulamaksızın, rahim içi aracın 28 günlük siklüsün 20 nci gününden sonra takılması, kadın gebe olduğu takdirde ihmal unsuru oluşturur.

RAHİM İÇİ ARACININ ÇIKARILMASI (1)

Aracın çıkarılmasının en sık tıbbi nedeni kanama veya adetlerdeki değişikliklerdir. Rahim içi aracı ile ilgili kanama değişikliklerinin üç ana çeşidi vardır: adet kanının miktarında artış, adetlerin uzun sürmesi ve adetler arasında kanama. Adet kanamasının uzun sürmesi, bir yıllık kullanım sırasında hastaların %5 ila 15 inde rahim içi aracının kullanımının bırakılmasına yol açar.

Kanama rahim içi aracının uzun süre kullanımından sonra da başlayabilir. Bütün rahim içi araçların bir miktar kan kaybına neden olmasına rağmen, kanama genellikle büyük rahim içi araçlarında daha büyük sorun oluşturur.

Uzun süreli kan kaybı demir eksikliği anemisine yol açabilir. Hemoglobin düzeylerini normale döndürmek için demir ve C vitamini uygulanabilir.

Pelvisin iltihabi hastalığı ve sürekli vaginal akıntı aracın çıkarılmasının diğer önemli nedenleridir.

RAHİM İÇİ ARAÇLARININ DEĞİŞTİRİLME SÜRELERİ (1,16)

İnert rahim içi araçları, çıkarılmaları için bir endikasyon bulunmadığı sürece yerlerinde bırakılabilirler.

Bakırlı rahim içi araçlarında kullanım süreleri daha sınırlıdır. Bunların değiştirilme süreleri hakkında tam bir fikirbirliği bulunmamaktadır. Bu araçların yararlı kullanım süresi 2 veya 3 yıldan daha uzun olabilir. Bu araçların kısa aralıklarla yeniden takılması gebeliğe karşı ilave bir koruma sağlamaz. Bununla birlikte, günümüzde bu araçların imalatçıları 200 mm² bakır ihtiva eden araçların her 2 ila 3 yılda değiştirilmesini önermektedirler. Bakır ihtiva eden rahim içi araçlarının 2 yıllık kullanımdan sonra parçalandığı gösterilmiştir. Daha fazla bakır ihtiva eden rahim içi araçlarının (TCu-220 C, Tcu-380 A, Multiload-cu 250, Multiload-cu 375) kullanım süresi ise daha fazladır.

Progesteron ihtiva eden rahim içi araçları 1 yıl sonra değiştirilmelidir.

RAHİM İÇİ ARACININ ATILMASI (1,16)

İlk yılda her 100 kadın yılı (12 ay x 100 kadın = 1200 siklüs) başına rahim içi aracının atılma oranı 9.1 dir. Bu oran nuliparlarda multipar kadınlara nazaran daha yüksektir. Rahim içi aracının atılma oranı yaş, uterusun büyüklüğü, aracın önceki

doğum veya düşüğe göre takılma zamanı ve aracı takan kimsenin deneyimi ile değişiklikler gösterir.

Rahim içi aracının uterus boşluğunda gerektiği gibi durup durmadığını belirlemede onun ipinden yararlanılır. Araç gerektiği şekilde duruyorsa, ipi serviksin dış deliğinden dışarı çıkar. Rahim içi aracının ipinin servikal kanaldan dışarı doğru çıktığı görüldüğünde hekim aracı atılmış veya gebe uterus ile boşlukta yukarı doğru çekilmiş olduğu ihtimalini göz önünde bulundurmalıdır. Gebelik olasılığı anamnez, pelvis muayenesi ve uygun laboratuvar testleri ile değerlendirilmelidir. Gebelik bulguları bulunmuyorsa, rahim içi aracının varlığı veya yokluğu ve pozisyonu aşağıdaki yöntemlerin biri veya birkaçı ile belirlenmelidir: Aracın içeri kaçmış ipi veya rahim içi aracının varlığı yönünden uterusun buji ile incelenmesi, ultrasonografi, pelvisin ön, arka ve yandan röntgen grafilerinin çekilmesi. Uterus boşluğunun pozisyonu aşağıdaki yöntemlerden biri ile belirlenmelidir: a. metal uterus bujisi ile inceleme, b. kateter yolu ile radyopak boyanın verilmesi, c. farklı çeşitte başka bir rahim içi aracının takılması, d. histerogram (17).

RAHİM İÇİ ARAÇLARININ KOMPLİKASYONLARI VE TERS ETKİLERİ (4,16)

Rahim içi araçları etkili ve nispeten güvenli kontrasepsiyon sağlarlar. Rahim içi aracının kullanımı ile ilgili ters etkilerin sıklığı düşüktür ve bunlar araçlara göre değişiklik gösterirler. Oral kontraseptiflerle karşılaştırıldığında, rahim içi araçları ile ilgili mortalite riski azdır fakat önemli komplikasyon riski daha fazladır. En sık rastlanılan önemli komplikasyonlar arasında pelvisin iltihabi hastalığı, uterusun perforasyonu ve gebelik yer alır. Ayrıca uterus içi gebeliği ile birlikte spontan septik düşük riski de bulunur.

Rahim içi aracı uterusun endometriumuna gömülebilir. Böyle bir durumda aracın çıkarılması güçleşebilir. Rahim içi aracı uterus içinde parçalanabilir. Rahim içi aracı takılı olan hastalarda vagina iltihabı, lökore, serviks uteride erozyon, kramp, ağrı, adetlerde değişiklikler, adet aralarında kanama ve anemi meydana gelebilir. Ayrıca dismenore, disparoni, takılma sırasında senkop ve bradikardi de oluşabilir.

Bakırlı rahim içi araçları ile ilgili olarak deride ürtiker niteliğinde allerjik reaksiyonlar meydana gelebilir.

Pelvisin İltihabi Hastalığı

Rahim içi aracının kullanımı ile pelvisin iltihabi hastalığı arasında sebep-sonuç ilişkisi bulunmaktadır. Rahim içi aracı kullananlarda pelvisin iltihabi hastalığı oranlarında üç ila beş misli artış bulunmaktadır. Rahim içi aracı kullanan kişiler böyle bir riskin bulunduğunu bilmelidir (18).

Pelvisin iltihabi hastalığı terimi ile kadın üst genital sisteminin iltihabi durumları anlaşılır. Bu çeşit iltihaplar tuba uterinaları (salpenjit), ovaryumları (ooforit) ve

uterusu (metrit) ilgilendirir. Pelvisin iltihabi hastalığında üst genital sistemin birden fazla kısmında tutulum olağandır. Bu hastalıkta ayrıca tubo-ovaryen abse, tuba ile ovaryum arasında yapışıklıklar, hidrosalpenks (tuba uterinada sıvı birikimi) ve tuba uterinaların distal ucunda tıkanma oluşabilir. Bunlar kişinin hastaneye yatırılmasına, ameliyata veya infertiliteye yol açabilirler. Rahim içi aracı kullananlarda ölümler de bildirilmiştir. Fakat mortalite oranı belki de oral kontraseptiflerin kullanımına bağlanabilenden daha düşüktür.

Pelvisin iltihabi hastalığına yakalanma riski yüksek olan kimseler arasında pelvisin iltihabi hastalığı anamnezi bulunan kadınlar, yaşı 25 den küçük olan nuliparlar ve çok sayıda cinsel partneri bulunan kadınlar yer alır.

Rahim içi aracı kullananlara ateş, pelvis ağrısı veya hassasiyet gibi belirtiler ortaya çıktığında hekimleri ile temas etmeleri söylenmelidir.

Plastik rahim içi araçlarında pelvisin iltihabi hastalığı riski, bakırlı rahim içi araçlarına nazaran daha fazladır. Servikal bir uzantısı bulunan bir rahim içi aracı vaginadaki organizmaların uterusu çıkışını kolaylaştırır. Böyle bir durumda pelvisin iltihabi hastalığı riski artar. Özellikle genç, nuligravidlerde pelviste iltihabi hastalık gelişme riski daha büyüktür. Bu nedenle, genç bir kadında özellikle servikal parçası (eki) bulunan rahim içi aracı nispi bir kontraendikasyon oluşturur.

Hekim hastayı rahim içi kontraseptif aracın kullanılması ile ilgili bir risk konusunda gerektiği şekilde uyarmışsa ve hasta bu konuda gerekli olan belgeleri elde etmişse, hastada pelvisin iltihabi hastalığı oluşması genelde hekime sorumluluk yüklemeyi. Çoğu pelvisin iltihabi hastalığı olgusunda, hastalığın bulguları ve semptomları ortaya çıktığında hastanın gerektiği şekilde tedavi edilmemesi nedeniyle hekim aleyhine malpraktis davası açılır (4).

Uygun tedavi rahim içi aracının çıkarılmasını ve antibiyotik verilmesini gerektirir. Hasta enfeksiyona bağlı ciddi hastalığın önlenmesi için dikkatlice izlenmelidir. Tedavide gecikme enfeksiyonun yayılmasına ve şiddetinin artmasına yol açar. Bu durum enfeksiyona bağlı yapışıklıklar sonucunda steriliteye, şiddetli olgularda total abdominal histerektomi ve salpenjektomi yapılmasına yol açar (4).

Uterusun Perforasyonu

Uterusun perforasyonu, rahim içi aracının en önemli komplikasyonudur.

Uterusun perforasyonu, rahim içi aracının uterusun korpusuna penetrasyonu şeklinde tanımlanabilir. Serviks perforasyonu ise uterusun serviksini rahim içi aracı ile perfore olmasıdır. Olguların küçük bir yüzdesinde serviks veya uterusun alt segmenti T veya 7 şeklindeki rahim içi araçlarının vertikal koluyla spontan olarak delinebilir. Uterus perforasyonu, rahim içi aracının uterus dokusundan tamamen geçip geçmediğine göre tam veya kısmi şekilde olabilir. Bazen araç uterusun duvarına gömülüp kalabilir.

Perforasyon takma sırasında (primer perforasyon) veya takmadan bir süre sonra (sekonder perforasyon) meydana gelebilir.

Uterusun perforasyonu seyrek olmasına rağmen ciddi bir nitelik taşır. Perforasyon oranının 1/2500 olduğu bildirilmiştir. Perforasyonun sıklığı sadece aracın çeşidine göre farklılık göstermez. Aynı çeşitteki araçla oluşan perforasyon oranlarında da büyük farklar vardır.

Dış servikal delikte rahim içi aracının ipi görülmediğinde çoğu kez perforasyondan şüphelenilir. Bununla birlikte, aracın ipinin görülememesi perforasyon açısından tanı koydurucu değildir. Bazen, araç rahim içinde dönebilir veya yer değiştirebilir. Bu gibi durumlarda ip uterus içinde yukarıya doğru çekilir. Bunun aksine, dış servikal delikte ipin görülmesi perforasyonun olmadığını garanti etmez.

Uterus perforasyonunda barsak da perfore olabilir ya da bir barsak ansı rahim içi aracı ile sıkışabilir. Birçok hastada uterusun perforasyonu sırasında bulgu ve semptomlar ortaya çıkar fakat bazı hastalar asemptomatiktir. Perforasyon oluşan bir hastada artık gebeliğe karşı korunma söz konusu değildir. Çünkü araç artık uterusu yerinde durmamaktadır. Bazen gebelik, perforasyonun meydana gelmiş olabileceğini düşündürür.

Perforasyonun doğrulanmasında veya ekarte edilmesinde birçok yöntem uygulanmaktadır. Uterusa bir buji sokulabilir. Bu durumda rahim içi aracının tespit edilememesi veya çekilememesi perforasyonun meydana gelmiş olduğu şüphesini kuvvetlendirir. Bazen uterusun önünde, arkasında veya yan tarafında ekstrauterin araç palpe edilebilir. Kaybolmuş olan bir rahim içi aracının yerinin belirlenmesinde ultrason, radyoopak boya veya karnın röntgen grafisinin çekilmesi gibi yöntemler de yardımcı olabilir.

Uygun olmayan koşullarda yapışık bir rahim içi aracının çıkarılması girişimleri travmaya yol açabilir. Bu da dava konusu olabilir. Bu nedenle, bir rahim içi aracı çıkarılırken güçlükle karşılaşıldığında ve serviko-uterin açının düzleştirilmesi veya gömülmüş olan bir aracın yerinden çıkarılması amacıyla uygulanan hafifçe bükme gibi basit önlemler etkisiz kaldığında kısmi veya tam uterus perforasyonu olasılığı göz önünde bulundurulmalıdır.

Perforasyonla ilgili faktörler araçla, hastayla veya aracı takan hekimle ilgili olabilir. Rahim içi aracı ile ilgili faktörler arasında aracın tipi, şekli ve sertliği yer alır. Hasta ile ilgili faktörler şunlardır: Uterusun büyüklüğü, şekli, kıvamı, pozisyonu ve önceki doğum veya düşükle ilgili olarak aracın takılma zamanı. Rahim içi aracına bağlı uterus perforasyonunda hekimle ilgili faktörler arasında takma tekniği, tecrübe ve hüner yer alır.

Uterusun perforasyonunun tedavisi, rahim içi aracının çıkarılması veya yerinde bırakılması kararına dayanır. Yerinde bırakıldığı takdirde daha sonra barsak tıkanıklığı gelişmesi olasılığı unutulmamalıdır. Aracın çıkarılması genellikle ameliyatı gerektirir. Çıkarılmanın yararları, ameliyatın riskine göre değerlendirilmelidir. Halka şeklindeki araçlar, barsakta boğulma riski nedeniyle mutlaka çıkarılmalıdır. Bu açıdan Lippes Loop daha az tehlikelidir. Bakır ihtiva eden rahim içi araçları ile oluşan perforasyonlar şiddetli intraperitoneal yapışıklıklara yol açabilir. Bu nedenle, uterus boşluğunun

dışında duran bakır ihtiva eden bir rahim içi aracının mümkün olduğu kadar çabuk çıkarılması önemlidir. Böyle bir durumda, aracın çıkarılmasında gecikme söz konusuysa, gecikmenin savunması yapılamayabilir. Araç erkenden çıkarılmazsa, laparoskopi işlemi tehlike oluşturur. Çünkü bakır ihtiva eden araçlar yoğun iltihabi reaksiyona yol açarlar. Böyle bir durumda araç omentuma veya kolonun apendiks epiploikası içine gömülür. Hatta periton boşluğundaki inert bir araç bile bir miktar risk taşır. Böyle bir durumda aracın serviksten dışarı çıkan kısmı yoluyla asendan enfeksiyon ihtimali söz konusudur. Barsak anısı üzerinde meydana gelen yapışıklıklar sonucunda kapalı bir dirsekleme oluşur. Bu da barsakta herniasyon tehlikesine yol açar. Böyle bir durumda aracın yerinin belirlenmemesi ve çıkarılmaması davaya sebep olabilir.

Genel olarak, ekstrauterin rahim içi araçları çıkarılmalıdır. Rahim içi aracının çıkarılmasında laparotomi, kulpotomi ve laparoskopi yöntemleri uygulanır.

Kramp ve Kanama

Rahim içi aracının takılmasına bağlı olarak gelişen uterus krampı ve kanama bazen şiddetli olabilir. Genellikle rahim içi aracı ne kadar küçük ise, kanama ve krampa da o kadar az neden olur ancak gebelik riski yüksektir. Rahim içi aracının kullanımı ile menstrüel siklus sırasında kaybedilen kanın miktarı artar ve bazı olgularda kan kaybı demir eksikliği anemisine yol açacak kadar şiddetli olabilir. Doğum hekimi aşırı derecede kanamadan şikayet eden kadınlarda hemoglobin ve hematokrit değerlerini kontrol etmelidir.

Anemi riskinin göz önüne alınmaması ve gerek aracın çıkarılması gerekse aneminin düzeltilmesi sorununun uygun bir şekilde ele alınmaması hekimi dava riski ile karşı karşıya bırakabilir.

Gebelik ve Spontan Düşük

Bütün rahim içi araçlarının kullanımı sırasında gebelik oluşabilir. İdeal olan rahim içi aracı yoktur. Hiç birinde gebelik oranı sıfır değerinde değildir. Rahim içi araçlarının etkinliklerinin değerlendirilmesinde kullanılan gebelik oranı, kullanım yılı başına her 100 kadında oluşan gebeliklerin sayısıdır. Cu-7 aracı takılı olan nuliparlarda gebelik oranı her 100 kadın yılında 1.6'dır. Bu değer, en küçük Lippes Loop takılı olan nulipar ve multipar kadınlar için 5.3'dür.

Genel olarak, küçük araçlarda gebelik oranları daha yüksektir. Bununla birlikte, rahim içi araçları için bildirilen gebelik oranları klinikten kliniğe ve araçtan araca göre değişiklikler gösterir. Rahim içi araçları takılı iken gebelik oluşması durumunu birçok faktör etkiler. Bu faktörler arasında yaş, parite, cinsel ilişkinin zamanı ve sıklığı ile ilgili kültürel ve sosyal uygulamalar, verileri toplama ve analiz etmede kullanılan metodlar yer alır.

Rahim içi aracı yerinde iken gebe kalan kadınların büyük bir yüzdesi (%50'den

fazlası), rahim içi aracı gebeliğin erken döneminde çıkarılmazsa, spontan düşük yapar. Bu koşullarda en büyük tehlike septik düşüktür. Bu nedenle, rahim içi aracı takılı iken gebe kalan kadınlara araç çıkarılmadığı taktirde septik düşük riskinin bulunduğu söylenmelidir.

Hasta gebeliği ister sonlandırmak istesin isterse istemesin, rahim içi aracının çıkarılmasına teşebbüs edilmelidir. Rahim içi aracının ipi dış servikal delikte görülebiliyorsa, çıkarılması genellikle zor değildir. Bununla birlikte, bu işlem spontan düşüğü çabuklaştırabilir. Hastaya bu olasılık bildirilmelidir. Bununla birlikte, rahim içi aracının ipi görülemiyorsa, gebeliğin devam etmesini isteyen hastalar meydana gelmesi muhtemel olan düşük veya sepsis yönünden yakından izlenmelidir. Günümüzde rahim içi aracı yerindeyken gebelik oluşması durumunda yeni doğanda konjenital anomalide artış olduğunu gösteren deliller bulunmamaktadır.

Gebeliğin aracı spontan, farkına varılmadan atılması sonucunda meydana gelip gelmediğinin belirlenmesi veya rahim içi aracının hala bulunup bulunmadığının ve tipinin saptanması önemlidir. Gebelik 10-12 haftalık veya daha uzun süreli ise, rahim içi aracının ipinin büyüyen uterusun içinde yukarı doğru çekilmiş olması mümkündür. Rahim içi aracının yerinin belirlenmesi için ultrasonografi tercih edilir. Radyolojik tanı gerekli olabilir. Ancak genellikle gebelik sırasında X ışınlarından kaçınılmalıdır.

Dış Gebelik

Rahim içi aracı kullanan kadınlarda, kullanmayanlara nazaran dış gebelik riski daha yüksektir. Amenore veya düzensiz kanama ve pelvis ağrısı hekimi dış gebelik olasılığı hakkında uyarmalıdır. Rahim içi aracı kullanan bir kadında bu olasılık açısından uyanık olunmaması ihmal unsurunu oluşturur. Çünkü rahim içi aracı kullanan bir kadında gebeliğin, ektopik şekilde olması olasılığı en azından 10 misli fazladır. Bu nedenle, hekim hastaya rahim içi aracının sürekli kullanılması durumunda dış gebelik riskinin artabileceğini bildirmelidir.

Rahim İçi Aracının Başarısızlığı

Rahim içi aracı implantasyondan sonra takılırsa veya yanlış yere takılırsa, gebeliğe karşı korunma sağlayamayabilir. Ayrıca rahim içi aracı gebelik sırasında yerinde durursa, düşük riski ya da gebeliğin uygun olmayan bir sonucu söz konusu olabilir. Devam eden gebeliğin birinci trimestirinde kolayca ulaşılabilen bir rahim içi aracının çıkarılmaması ihmal unsurunu oluşturabilir ve dava açılmasına yol açabilir. Böyle bir durumda savunma yapılması güç olabilir.

RAHİM İÇİ ARAÇLARIYLA İLGİLİ DAVA NEDENLERİ (1,4,19)

Rahim içi kontraseptif aracının kullanımı ile ilgili sorunlar, hem hekim hem de aracın imalatçısı açısından sorumluluk durumu doğurabilir. Rahim içi araçları ile zarara

uğrayan kadınlar çoğu kez hem hekimi hem de aracın imalatçısını dava ederler.

Hekimin sorumluluğu aşağıdaki durumların herhangi birisine bağlı olabilir:

1. Kontrasepsiyon amacıyla kullanılabilen seçenekler hakkında hastaya gerektiği şekilde bilgi verilmemesi

2. Hastanın rahim içi aracıyla ilgili riskler ve tehlikeler konusunda gerektiği şekilde uyarılmaması

Bu nedenle, hasta başka bir kontraseptif yöntemi seçme şansından yoksun kaldığını ileri sürebilir. Ayrıca, hekim tarafından bildirilmesi gereken bulgu ve semptomların yeterince farkına varamayabilir. Bu nedenle, hekimin görevi, hastanın değerlendirme yapabilmesi için ona rahim içi aracının kalitesini ve özelliklerini bildirmektir. Hekim hastayı rahim içi aracının tehlikeleri konusunda uyarmazsa, bu ürünün kullanılması sonucu hastanın uğrayacağı zararlardan sorumlu tutulabilir (1).

3. Rahim içi aracı takılmadan önce hastanın tam anamnezinin alınmaması ve ayrıntılı muayene edilmemesi

Uterusun durumu araştırılmadan rahim içi aracının takılması kontrasepsiyon açısından başarısızlığa yol açabilir. Örneğin, çift serviksli uterus olduğu gibi. Böyle bir durumun savunması yapılamayabilir. Hastanın anamnezi alınmadığında veya muayenesi yapılmadığında, rahim içi aracının takılmasına kontraendikasyon oluşturan durumlar da gözden kaçırılır.

4. Rahim içi aracının usulüne uygun bir şekilde yerinde durup durmadığının belirlenmesi konusunda ihmal

5. Rahim içi aracını usulüne uygun bir şekilde takamama veya onu çıkaramama, komplikasyonlar veya ters reaksiyonlar ile ilgili bulgu ve semptomların öneminin farkına varılamaması, hastanın muhtemel ters reaksiyonlar yönünden yeterince izlenmemesi, araç yerinde iken oluşan gebelikle ilgili riskler konusunda hastanın uyarılmaması ve öneride bulunulmaması, araç yerindeyken enfeksiyon veya gebelik meydana geldiğinde, aracın hemen ve usulüne uygun şekilde çıkarılmaması

Rahim içi aracı kullanıcısına karşı hekimin sorumluluğu aracın takılmasından sonra da devam eder. Rahim içi aracı uterustan dışarı atılabildiği veya yer değiştirebildiği için, hekimin hastayı aracın takılmasını izleyen ilk adetten kısa bir süre sonra muayene etmesi gerekir. Genel anlamda, hasta rahim içi aracının takılmasından sonraki ilk 3 ay içinde mutlaka muayene edilmelidir. Yapılacak olan bu muayenede ve daha sonraki bütün kontrollerde rahim içi aracının hala yerinde bulunup bulunmadığının belirlenmesi hekimin görevini oluşturur.

Kaybolmuş olan bir rahim içi aracının gerekli incelemelerle yerinin belirlenmesi de hekimin görevidir.

Bir düşüktten sonra hastanın rahim içi aracının varlığını sürdürüp sürdürmediğinden haberdar edilmemesi ihmal unsurunu oluşturabilir. Bununla birlikte, içerde kalmış olan rahim içi aracı zarara yol açan bir neden olmadıkça, hastanın sonradan geçirdiği histerektomi ve bilateral salpingo-ooferektomi nedeniyle hekim sorum-

lu tutulamaz.

Hekim rahim içi aracının artık yerinde bulunmadığını belirlediğinde, araç hala hastanın vücudunda ise, hekim aracın yerini hemen belirleyerek onu çıkarmalıdır. Hekim aracın yerini belirleyemezse veya onu çıkarmazsa, ihmalinin bu tür bir kusur anına kadar devam ettiği söylenmektedir. Mahkemeler, hekimin iddia edilen son ihmalkar davranışının tahdit kurallarınca kabul edilen süre içinde meydana gelip gelmediğini saptarken, kullandıkları tarih rahim içi aracının takılma tarihi değildir (19).

Rahim içi aracı yerinde duran kadınlar gerekli olan bütün tıbbi ve laboratuvar testleri de dahil olmak üzere, tam bir fiziksel muayene için en azından yılda bir kez görülmelidirler. O sırada sorunları bulunmasa dahi bu tür bir muayenede yeni belirlenmiş olan riskler hastaya söylenmelidir.

ADLİ TIPLA İLGİLİ SORUNLARDAN KAÇINMA YOLLARI (12,20)

Son yıllarda popülaritesindeki azalmaya rağmen, rahim içi aracı hala birçok kadın tarafından kullanılmaktadır. Bu nedenle, rahim içi aracı kullanımından kaynaklanan yasal sorunlar ortaya çıkmaya devam etmektedir.

Tüm tıbbi uygulama alanlarında olduğu gibi, klinik uygulama ile ilgili kurallara uyulması ve hekimin tıbbi bakım konusunda yeterli eğitim görmesi koşuluyla davalar önlenabilir. Hekimin iyi bir kayıt sisteminin bulunması ve hastası ile ilgili temasları konusunda doğru notlar tutması şarttır.

Tıbbi uygulama ile ilgili davalardan kaçınılmasında hasta ile iyi bağlantının kurulması büyük önem taşır. Hastaya bilgiler empatik bir şekilde verilmeli ve hasta bu şekilde rahatlatılmalıdır. Bir komplikasyon çıktığında sorun ele alınırken, hekimin açık sözlülüğü genellikle hastaların dava açmasını önler.

Rahim içi araçlarının tıbbi açıdan kontraendikasyon oluşturup oluşturmadıklarının belirlenmesi için dikkatli bir anamnez alınmalıdır.

Jinekolog rahim içi araçlarının birçok kadında zarara neden olabileceğini, bunun sonucunda zarara uğrayan hastanın hekim aleyhine dava açabileceğini bilmelidir. Rahim içi araçlarının ters etkileri arasında enfeksiyon, gebelik, perforasyon, anemi ve sepsisemi yer alır. Sorumluluktan kaçınmak için hekim hastaya rahim içi araçlarının muhtemel ters etkileri konusunda bilgi vermeli ve onun aydınlatılmış rızasını almalıdır. Verilen bilgiler hasta kayıtlarına kaydedilmelidir. Kaydedilen notların yanına tarih yazılmalı ve imzalanmalıdır. Hasta ne kadar iyi bilgilendirilirse ve doktor ile hasta arasındaki bağlantının düzeyi ne kadar fazla olursa, dava olasılığı da o kadar az olur.

Perforasyon genellikle aracın takılması sırasında meydana gelir. Takılma sırasında uygun bir tekniğin uygulanması ile perforasyon önlenabilir. Araç endometrium boşluğunda doğru bir pozisyonda durursa, miyometrium yoluyla periton boşluğuna gitmez. Takma işleminden önce uterus boşluğunun pozisyonu ve uzunluğunu doğrulamak amacıyla uterusa bir buji sokulmalıdır. Serviksi stabil bir duruma getirmek ve servikal

kanal ile uterus boşluğunun yaptığı açığı düzleştirmek için tek dişli pensin kullanılması gerekir. Bu tür önlemlere uyulmaması, özellikle aracın zor takılması sırasında perforasyon riskini artırır. Böyle bir durum savunmaya zarar verebilir. Bu koşullarda hekimin böyle bir komplikasyonun meydana gelmesini önlemek için yeterli önlemleri almamış olduğu kabul edilir. Bu nedenle, hekim rahim içi aracını yukarıda tanımlanan kurallara uyarak takmalıdır.

Rahim içi aracının takılması sırasında miyometriumun tam veya kısmi perforasyonu dava nedeni olabilir. Bu tür perforasyonların bazıları, karşılaşılan dirence rağmen, zor olan yerleştirmenin başarılması amacıyla uygulanan işlem sırasında aracın yanlış olarak yerleştirilmesinden kaynaklanır. Eğer davacı yerleştirme işleminin uzun sürdüğünü ve aşırı derecede ağrılı olduğunu gösterebilirse ve daha sonra araç uterus boşluğunun dışında bulunursa, iddiasının mahkemede kabul edilmesi durumu söz konusu olabilir.

Aracın takılmasından sonra uterus boşluğu içinde bulunup bulunmadığından emin olmak ve lokalizasyonunu belirlemek için, uterusun bir buji ile incelenmesi önerilmektedir. Böyle bir işlem, özellikle aracın takılmasından sonra hastanın devam eden ve beklenilmeyen bir rahatsızlıktan şikayetçi olması durumunda zorunludur. Eğer aracın yerleştirilmesinin doğruluğu konusunda bir şüphe bulunuyorsa, o zaman araç çıkarılmalıdır.

Hasta kontrol için çağrıldığında aracın ipinin görülmesi gerekir. Eğer ip görülemezse, gecikmeksizin ultrason ile araştırma yapılmalıdır. İp çok kısa kesilmişse, uterus boşluğunda yukarı doğru çıkabilir. Eğer ip görülemiyorsa aracın uterusun dışında bulunması olasılığı unutulmamalıdır. Böyle bir durumda yeterli deliller elde edilmeden aracın dışarı atılmış olduğunun kabul edilmesi güvenli değildir.

Genel olarak rahim içi aracı yerinde duran kadınlarda her çeşit muhtemel ters reaksiyonlar yönünden hastayı izlemesi hekimin görevini oluşturur. Pelvis enfeksiyonundan şüphelenildiğinde aerobik ve anaerobik bakteriler açısından gerekli incelemeler yapılmalı ve antibiyotik tedavisine başlanmalıdır. Eğer enfeksiyon 24 ila 48 saat içinde klinik açıdan belirgin derecede düzelme göstermezse, rahim içi aracı çıkarılmalı ve kültür ile antibiyogram testinin sonucuna göre tedavi yeniden düzenlenmelidir.

Rahim içi aracının takılmasından sonra dış gebelik meydana gelebilir. Doğru bir şekilde rahim içi aracı takılmasından sonra nadiren gebelik oluşur. Hastada gebelik durumunun tanısında hassas HCG testleri ve ultrason incelemeleri yardımcı olabilir. Sonuç olarak, rahim içi aracı kullanıcılarının, aracın gebeliği önleyememesinin uzak bir olasılık olduğu konusunda uyarılmaları akılcıca bir iştir. Aynı şekilde, bir gebelikten şüphelenilirse gebeliğin varlığı ve yeri erkenden doğrulanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Lewis, S.M:Ob/Gyn Malpractice, Wiley Law Publications, John Wiley and Sons, Inc., New York, Chichester, Brisbane, Toronto, Singapore, 1986, pp.432-443.
2. Thiery M: Pioneers of the intrauterine device. Eur J Contracept Reprod Health Care 1997 Mar;2(1):15-23.

3. Westhoff CL: Current assessment of the use of intrauterine devices. J Nurse Midwifery 1996 May-June; 41(3):218-23.
4. Goldsmith, L: Medical Malpractice, Guide to Medical Issues, Volume 5, Part VII, Matthew Bender, New York, 1986, pp.89/29-89/51.
5. Thomsen RJ, Rayl DL: Dr. Lippes and his loop. Four decades in perspective. J Reprod Med 1999 Oct;44(10):833-6.
6. Heister VR: The copper IUD as an alternative to the pill. Experiences with the intrauterine device Gyne-T. Fortschr Med 1977 Jan 20;95(3):186-8
7. Ivanov S, Sirakov M, Stamenov G: The Multiload-a modern intrauterine device. Akush Ginekol (Sofia) 1998;37(1):23-5
8. Creinin MD: Intrauterine devices: Separating fact from fallacy. Medscape Women's Health 1996 Oct;1(10):4.
9. Petersen KR, Brooks L, Jacobsen B, Skouby SO: Intrauterine devices in nulliparous women. Adv Contracept 1991 Dec;7(4):333-8.
10. Anderson, M: Medico-Legal Problems in Gynaecology, in: Lewis, T.L.T., Chamberlain, G.V.P (Editors): Gynaecology by Ten Teachers, Edward Arnold, London, Melbourne, Auckland, 1990, pp.282-283.
11. Easley, H.A: Medico-Legal Issues in Gynecology, in: Clarke-Pearson, D.L., Dawood, M.Y (Editors): Green's Gynecology, Fourth Edition, Little, Brown and Company, Boston, Toronto, London, 1990.
12. Rozovsky, F.A: Consent to Treatment, A Practical Guide, Second Edition, Little, Brown and Company, Boston, Toronto, London, 1990, pp.136-14
13. Kriegelsteiner P: Current problems with intrauterine contraception. Fortschr Med 1982 Apr 29;100(16):730-5
14. Goldstuck ND: Pain reduction during and after insertion of an intrauterine contraceptive device. Adv. Contracept. 1987 Mar;3(1):25-36.
15. White MK, Ory HW, Rooks JB, Rochat RW: Intrauterine device termination rates and the menstrual cycle day of insertion. Obstet Gynecol 1980 Feb;55(2):220-4.
16. Elstein, M: Clinical Aspects of Litigation in Contraceptive Practice, in: Chamberlain, G.V.P., Orr, C., Sharp, C.J.B (Editors): Litigation and Obstetrics and Gynaecology, The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists/Richard Bates Limited, 1985, pp. 142-143.
17. Shapiro AG: Management of the lost intrauterine contraceptive device. Obstet Gynecol 1977 Feb;49(2):238-40.
18. Burkman RT: Intrauterine devices. Published erratum appears in Curr Opin Obstet Gynecol 1991 Oct;3(5):745.
19. Fineberg, K.S., Peters, J.D., Willson, J.R., Kroll, D.A: Obstetrics/Gynecology and the Law, Health Administration Press, Michigan, 1984, pp. 312-319.
20. Orr, C: Contraception, in: Chamberlain, G., Orr, C (Editors): How to Avoid Medico-Legal Problems in Obstetrics and Gynaecology, The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists/ The Chameleon Press Limited, 1990, pp.70-71.