

KONTRASEPTİF METODLARIN FAYDA VE ZARARLARI ÜZERİNE BAZI GÖRÜŞLER

Dr. Utkan KOCATÜRK (x)

Ö Z E T

Gebeliğin önlenmesinde uygulanacak metod'un tatbiki kolay ve etkili oluşu yanında sonuçları bakımından insan sağlığı için zararsız ve yan etkilerinin azaltılmış olması gerekir. Bu yazımızda kontraseptif metodlar kısaca tanıtılmakla beraber özellikle sağlık yönünden fayda ve zararları üzerinde durulmuştur.

Gebelik ve doğum , insan neslinin devamı için gerekli bir faaliyet ise de bazı durumlarda bundan kaçınılması ve kontrol altında tutulması gerekir. Koitus'u takiben konsepsiyonu önlemek gayesine yönelen bu kontrol "kontrasepsiyon", "doğum kontrolü" veya "aile planlaması" terimleriyle ifade edilmektedir. Gebelikten sakınılmasını gerektiren endikasyonların bir kısmı tıbbî ve öjeniktir; bunlar bir tüzük halinde tesbit edilmiştir . Diğer bir kısım endikasyonlar ise sosyo ekonomik ve şahsi faktörlerle ilgilidir.

İstenmeyen gebeliğin önlenmesi, bir bakıma kadının zihni ve bedeni açıdan sağlıklı oluşunun bir parçası olarak yorumlanmalıdır. Zira bu gibi durumlarda kadının gebelikten kurtulmaya çalışması bu sebeple tehlikeli ve

kriminal yollara başvurusu çoğu kez hayatına malolmaktadır. Bununla beraber problemin tıbbî görüş açılarından aşarak istismarına da meydan verilmemelidir.

Biz, bu yazımızda kontraseptif olarak uygulanan metodları kısaca tanıtmak, özellikle bu metodların fayda ve zararlarını belirtmek istiyoruz.

İnsanoğlu, kadının gebe kalışını önlemek için tarihin ilk çağlarından itibaren çeşitli yollara baş vurmuştur. Bugün modern tıp kadını bu müşkül durumdan kurtarmada çeşitli metodlar geliştirmiştir. Halen bir çok metod da araştırma safhasında olup özellikle immünolojik zemin üzerinde geniş incelemeler yapılmaktadır. Sperm veya sperme benzer kimyevî maddelerin aşı

(x) Atatürk Üniversitesi Tıp Fak. Kadın Hast.-Doğum Kl. Yöneticisi, Doç Dr.

şeklinde kadına enjeksiyonu suretiyle antikör meydana getirme, dolayısıyla gebeliğe karşı kadında immünizasyon yaratma çalışmaları (1, 2), erkeğe ilaç verme suretiyle spermilerin kudret ve kapasitelerinin fekondasyona imkan vermeyecek seviyede inhibisyonu üzerine araştırmalar (3), kadında ovülasyonu müteakip ovum'un kimyasal maddelerin uygulanmasıyla litotoksik yolla ortadan kaldırılmasını hedef alan incelemeler (4) belki de yakın bir gelecekte yeni kontrasepsiyon metodları olarak kullanılacaklardır.

Gebeliği önlemede ideal sayılacak metodun gerçekte tatbiki kolay, etkili, yan tesirleri asgariye indirilmiş sağlığa zararsız ve çiftler için ekonomik olması gerekir. Ayrıca kullanılacak metod'un eşler tarafından benimsenmiş olması da önemlidir. Bu bakımdan gebe kalmayı arzu etmeyen kadına çeşitli kontraseptif metodlar hakkında bilgi verilmeli, fakat bu konuda davranış ve metod seçimi tamamen çiftlerin arzusuna bırakılarak herhangi bir telkinden sakınılmalıdır.

Cinsel perhiz: Eşlerin coitus'ten uzak kalışları şüphesiz ki gebe kalma problemini de ortadan kaldıracaktır. Fakat bu usulün uygulanması imkansız olduğundan rağmet bulması ve kontrasepsiyon metodu olarak benimsenmesi söz konusu olamaz.

Coitus interruptus ve coitus reservatus: Coitus esnasında erkek ejaküle olacağı zaman penisini vagina'dan çekmesi anlamına gelen "coitus interruptus" ile erkeğin iradesini kullanarak ejakülasyonu geçiktirmesi demek olan "coitus reservatus" şekilleri gebelikten korunmada güven verici metodlar değildir. Zira coitus esnasında ejakulas-

yondan önce penisten çıkabilecek sekresyonda bazan az fakat aktif sperm'ler bulunabilir. Ayrıca bu tarz inkomplet coitus şekillerinin kadın ve erkek sinir sistemi üzerinde olumsuz etkileri mevcuttur (1).

Preservatif (kondom) kullanma: Coitus esnasında penis üzerine ince zardan bir kılıf geçirilmesi yoluyla gebelikten korunma % 85-90 oranında başarılıdır. Bu suretle ejakülat kondom içinde toplanarak spermilerin vagina ve serviks'e girişi önlenmiş olur. Bununla beraber bu metodun coitus'un başından itibaren uygulanması gerekir. Coitus esnasında penis ile vagina arasında sun'i bir zar bulunması sebebiyle bu metodun cinsel histe azalma gibi dezavantajları da bulunmaktadır.

Takvim (Ritim) metodu: Bu metod, ortalama 28 günde bir adet gören bir kadında bu devrenin ortalarında ovülasyon vuku bulacağı gözönüne alınarak bu günlerde coitus'ten sakınılması esasına dayanır. Fakat bu usul kadının âdetleri muntazam olduğu zaman nisbeten güven vericidir. Âdetleri gayri muntazam, yakında doğum veya düşük yapmış kadınlarda pek güvenilemez. Ayrıca metoda esas teşkil eden ovülasyon zamanının bilinmesi birkaç siklüs boyunca tekrara, vücudun bazal hararetini tesbite dayanır. Kadında menstrüel siklüs'ün birinci fazında nisbeten yükselen bazal hararet 12-14. gün civarında 24-36 saat devam devam eden bir düşme gösterir; bu ovülasyona tekabül eder. Bundan sonra bazal hararet tekrar bir seviye yükselerek siklüsün ikinci devresi boyunca sabit kalır.

Genellikle siklüsün 12-14. günleri arasına isabet eden ovülasyon bazı

kadınlarda sapmalar gösterebilir. Ayrıca coitus esnasında kadın genital sistemine girmiş bulunan spermilerin 48-72 saat, ovülasyon sonucu tüp içine geçen ovum'un 24 saat kadar canlılığını muhafaza ettiği düşünülecek olursa döllenme ihtimalinde zaman aralığının biraz daha geniş tutulması gerekir. Genellikle siklüs'ün 11.-17. günler arası "tehlikeli devre" kabul edilir ve bu devrede kadının gebe kalma şansı yükselir. Buna mukabil 28 günlük siklüs içinde 1.-10. ve 18.-28. günler arası "güven devresi"ni teşkil eder ve gebe kalma ihtimali uzaklaşır. Bazı yazarlar tehlikeli devre sınırlarını daha da geniş tutarak 7.-20. günler arası kabul ederler (5). Bu metod tam anlamıyla güven verici olmadığı gibi coitus'u devre ve günlere göre sınırlaması bakımından da mahsurludur (1).

Oral kontraseptif'ler: Kadın tarafından ağızdan alınan bu tip ilaçlar intrauterin araçlar ve lokal kimyevi ajanlara oranla kontraseptif olarak daha geniş ölçüde kullanılmaktadır (1). Kadını % 97 - 99 oranında gebelikten korur. Bunların bir kısmı sadece östrojen, bir kısmı östrojen - progesteron kombinasyonu, bir diğeri ise başlangıçta 15 gün sadece östrojen bunu takiben 5 gün östrojen-progesteron kombinasyonu şeklinde uygulanmaktadır. Ayrıca düşük dozda sadece progesteron (lynestrenol) vererek bugün kontrasepsiyon'da başarılı sonuçlar alınmaktadır (6,7,8).

Metod olarak sadece geniş dozda östrojen kullanılacaksa coitus'u takiben 24 saat içinde başlamak üzere 5 gün süre ile günde 2 doz'a bölünerek 50 mg diethylstilbestrol verilmelidir (8). Tamamen kombine veya östrojen'i takiben kombine ilaç uygulamasına menstruel

siklüs'ün 5 . günü başlanır ve günde 1 tablet olmak üzere 20 veya 21 gün devam edilir. Bu ilaçlar özellikle ovülasyona mâni olurlar. Bu mekanizmanın hipotalamus'a etki ile hipofiz ön lobundan gonadotrophin sekresyonunu önleme suretiyle vuku bulduğu kabul edilmektedir. Östrojenler FSH, progesteron'ler ise LH sekresyonunu önler (5). Aynı ilaçlar tubalar, endometrium ve servikal mukus üzerine gebeliğe hazırlık yönünden olumsuz etkiler yaparlar. Bu ilaçların kullanılmasıyla tüplerde motilite değişikliği olur, endometrium'da implantasyon için uygun bir yatak hazırlanamaz ve mukusun koyulaşması nedeniyle spermelerin uterus kavitesine ilerlemeleri büyük ölçüde önlenir (8). Normalde ovülasyonu takiben sekresyon fazına geçen endometrium'da glandların artması, lümenlerinde bol glikojen toplanması stromanın ödematöz ve vasküler manzara göstermesine mukabil östrojen-progesteron kontraseptif tedavisi altında bulunan kadınlarda endometrium "psödoatrofik" manzara gösterir (5).

Son zamanlarda haftalık, aylık, üç aylık veya altı aylık hormon zerkleriyle ovülasyonun baskı altında tutulması, doylayısıyla konsepsiyonun devamlı önlenmesi bakımından hayvanlar üzerinde yapılan araştırmalar başarılı sonuçlar vermiştir. Bu metodların kadın organizması üzerinde uygulanması ile konsepsiyon'un daha emin ve kolay önlenilebileceği iddia edilmektedir (1,4,9). CERVANTES ve arkadaşları (10), 907 kadın üzerinde östrojen'le kombine veya sadece parenteral progesteron uygulanmakla alınan olumlu sonuçları bildirmişlerdir. GREENBLATT (11), TATU (12) ve CROXATTA (13) ise uzun

süre yerinde bırakılmak üzere deri altı hormon implantasyonlarının başarılı sonuçları üzerinde durmaktadırlar. Ayrıca vagina duvarına tablet şeklinde implante edilen progestatif hormon preparatlarının duvardan devamlı absorpsiyon suretiyle ovülasyonu durdurması üzerine de çalışmalar sürdürülmektedir (4).

Oral kontraseptif'ler kadında gebelik korkusunu yenme yanında premenstruel gerilim, spasmodik dismenore gibi şikayetleri de hafifletirler. İrregüler âdet gören kadınlarda menstruel ritmi yeniden düzenledikleri gibi endometriumda progresif atrofi nedeniyle bazı kronik anemi vak'aları üzerine de olumlu etki yaparlar. Ayrıca deri ve saç hijyenini de olumlu yönde etkiledikleri, akne tedavisinde başarılı oldukları bildirilmektedir (5).

Oral kontraseptiflerin istenilen etkileri yanında yan etkileri de görülmektedir. Bu etkiler genellikle östrojen ve progestojen hassasiyetine bağlı olarak gelişir. Bazı kadınlarda alınan doz, organizmaya uygun gelerek herhangi bir huzursuzluğa sebep olmaz. Bazılarında ise kombine hormonların fazlalığı ve eksikliği şiddetli yan etkilere sebep olur. Bu bakımdan kadına antikonsepsiyonel ilaç tavsiye edilirken hastanın anamnezi, âdetlerinin ritmi, kanamanın miktarı, hastanın yaşı, ileride gebeliği arzu edip etmediği gözönüne alınarak uygun preparat seçilmesi gerekir. Bir ilaçla başarılı sonuç alınmazsa gerekirse değişik terkipte diğer bir kontraseptif uygulanır.

Oral kontraseptiflerin östrojen fazlalığına bağlanan başlıca yan etkileri âdetlerin ritminde bozukluk, melanin toplanmasına bağlı renk esmerleşmesi,

bulantı, kusma gibi mide- barsak sisteminde rahatsızlıklar, vücutta ödem teşekkülü ve kilo artışı, baş ağrısı, göğüslerde dolgunluk ve hipertansiyondur (8). Oral kontraseptiflerle hipertansiyon arasındaki ilgi son yıllarda geniş araştırmalara konu olmuştur (14, 15). Bazı kadınlarda da progesteron fazlalığına bağlı olarak iştah artımı, kilo artması, yorgunluk, depresyon ve libido'da azalma dikkati çeker (8). Kontraseptiflerin uzun süre kullanılışında deri ve saçlarda aşırı yağlanma, iritabilite ve genel bir halsizlik gelişebilir (5). APİSARNTHANARAX ve arkadaşları (16)'nın bir araştırmasında oral kontraseptiflerin candidiasis'e zemin hazırladığı bildirilmiştir.

Kontraseptif ilaçlarla thrombo-embolik hastalık arasındaki ilgi üzerine son yıllarda geliş araştırmalar yapılmıştır. Bu tip ilaçların pıhtılaşma faktörlerini etkileyerek kan koagülasyonunu arttırdığına dair bazı deliller mevcuttur (17,18,19,20). Bununla beraber bu ilgi bazı yazarlara göre ilacın cinsi ve tedavi uzunluğu ile orantılı değildir (5). BAYÇU (21) ise yapmış olduğu bir literatür taramasının sonuçlarına dayanarak özellikle terkinde nor-ethy-nodrel ve östrojen bulunan kontraseptiflerin koagülasyona daha ziyade zemin hazırladığı fikrini savunmakta, bunların fasıllı bir uygulama ile kullanılmasını tavsiye etmektedir. Son zamanlarda yapılan bazı incelemeler, özellikle STAMM ve SZIRMAI (22)'nin thromboleastografik çalışmaları oral kontraseptiflerin kanın pıhtılaşma faktörleri üzerine önemli bir etkisi olmadığını yönündedir.

Oral kontraseptiflerin genital kansere zemin hazırladığı görüşü ispatlan-

mamıştır. Bugün oral kontraseptiflerin gerek endometrium gerekse endo ve exocerviks epiteli üzerine kanserojenik bir etkisi olmadığı kabul edilmektedir (23,24). Oral kontraseptiflerle meme kanseri arasında da bir ilgi bulunmamakta, bu tür preparatların göğüs kanseri için de etyolojik bir faktör teşkil etmediği görüşü hâkim bulunmaktadır (23). Nitekim DRILL ve arkadaşları (25) Enovid-E, Ovulen gibi preparatları kullanarak maymunlar üzerinde yapmış oldukları bir araştırmada oral kontraseptiflerin memede palpabl nodül meydana getirmediklerini ve malignitenin söz konusu olmadığını göstermişlerdir. Bununla beraber oral kontraseptif kullananlarda kanser isabeti oranının, kullanmayan kadınlara nisbetle daha yüksek olduğunu bildiren birkaç inceleme yayınlanmıştır (1). Oral kontraseptiflerle genetik alterasyon arasındaki münasebet de karanlığını muhafaza etmektedir. MATTON VAN LEUVEN ve arkadaşları (26) oral kontraseptif kullanan kadınlarda yapmış oldukları sitogenetik incelemede kayda değer bir kromozom hasarı tesbit etmediklerini bildirmişlerdir.

Oral kontraseptiflerin uzun süre kullanışı esnasında overlerin hacim küçüldüğü bildirilmiştir. Bu gibi vak'alarda overlerin histolojik muayenesi yapıldığı zaman normal çalışmanın durgunlaştığını göstermek üzere atrofik folliküller ve stroma'da fibrosis görülür (5). Fakat bu değişiklikler reversibl olup ilâcın kesilmesiyle normale döner. Bazı vak'alarda uterus'ta hipoplazi meydana gelebileceği de bildirilmiştir (27).

Ağızdan alınan kontraseptiflerin yön etkileri sebebiyle ilâç uygulanacak

kadının eski tıbbî hikâyesini iyi bilmek gerekir. Hikâyelerinde migren, kardiyak dekompenzasyon, hepatik yetersizlik, ağır böbrek hastalığı, şiddetli diabetes mellitus, memede ve genital organlarda kanser mevcudiyeti, thromboembolik hastalık geçirilmiş bulunması gibi haller oral kontraseptifler için kontraendikasyon teşkil ederler (8).

Oral kontraseptifler uygun şartlarda hekim kontrolünde kalmak üzere 1-2 sene devamlı kullanılabilirler. Doğum veya düşüktten sonra bu ilâçları kullanmaya başlamak için hiç olmazsa bir veya iki âdetin geçmiş olması gerekir. Uzun süre oral kontraseptif kullanmalarda ilâç kesildikten sonra yeni bir gebeliğin ne zaman meydana gelebileceği kesin olarak söylenemez. İlâcı kesmekle kolayca gebelik teesüs eden vak'alar yanında uzun amenore ile beraber ovülasyonu tekrar başlatmak için klomifen sitrate uygulanması gereken durumlar da bildirilmiştir (5).

Uterus içine konan araçlar : Gebelikten korunmada bugün geniş ölçüde kullanılan bir diğer metod uterus kavitesi içine plastik veya paslanmaz çelikten yapılmış türlü şekillerde araçların yerleştirilmesidir. Bunlar % 96-97 oranında korunma temin ederler. Bugün spiral adı verilen plastik şekil en yaygın şekilde kullanılmaktadır.

İntrauterin araçlar, doğurmuş kadınlara daha kolay tatbik edilmekte olup takılması için en uygun zaman menstruel periyodun sonu ve puerperium'dur. Yakın zamanlarda postpartum ve postabortum takılışı geniş şekilde uygulanmaktadır (28). Uygulanmanın bu devrede yapılışının öndegelen bir sebebi de pek çok kadının doğum veya düşüğü takiben bir daha

bir Doğum Kliniğine gelmekte güçlük çekeceği veya geçiceceğidir (29). Bununla beraber birçok jinekolog'da bu devrede uygulanacak intrauterin aracın sepsis veya perforasyon yaratabileceği fikri hâkimdir. Uterusu hi-poplazik olanlarda ve gebelik geçirmişlerde nisbeten küçük boyda araçlar kullanılmalıdır. STONE (29) nulliparite'yi -takılış güçlüğü ve atılış oranının yüksekliği sebebiyle - spiral için relatif kontraendikasyon kabul etmektedir.

Intrauterin araçların kadında gebeliği önleme mekanizması tam olarak bilinmemektedir. Bununla beraber bu mekanizma oral kontraseptiflerden farklıdır. İntrauterin aracın ovülasyonu durdurması söz konusu değildir. En muhtemel görüşe göre bu araçlar uterus kavitesinde iken tubal motilitenin refleks yoluyla hızlanması nedeniyle fertilize ovum gereken olgunluğa varmadan uterus içine sürüklenmekte, fakat implantasyon özelliği taşımadığı için endometrium duvarına tutunamamaktadır (5,8). Ayrıca intrauterin araç yabancı cisim tesiri yaparak embryonun tutunma ve gelişmesini de engellemektedir (1). Bu olayların sonucu çoğu kez göze görünmeyen erken düşük meydana gelmektedir. Mekanizma bu açıdan ele alınırsa intrauterin araç bir bakıma abortiftir (4). Bir kısım yazarlar ise intrauterin araçların deney hayvanlarındaki sonuçların aksine- kadında tubal veya uterin motilitayı hızlandırmadığı görüşündedir (29). Bu yazarlara göre mekanizma karanlık olmakla beraber daha geniş araştırmalara ihtiyaç vardır. STONE (29) intrauterin aracın daha ziyade endometrium'da ödem, stromal fibrosis, vaskülerite artışı sonucu blastosist tutunmasına

elverişli olmayan bir zemin yarattığı fikrinde birleşmektedir. HALL ve arkadaşları (30) ise endometrium'daki doku değişikliklerinin de çok cüz'i olduğunu savunmaktadır.

Son yıllarda bakırdan yapılmış araçların uterus kavitesine yerleştirilmesi ile implantasyon için gerekli enzim sistemlerini değiştirme yoluyla gebeliğin önlenmesi üzerinde çalışılmakta ve başarılı sonuçları bildiren araştırmalar yayınlanmaktadır (31, 32, 33, 34, 35).

Spiral ve diğer intrauterin araçların antikonsepsiyonel özelliğine rağmen bazı durumlarda gebelik görülmektedir. Vak'aların % 3-5'ini teşkil eden bu hallerde spiralın çoğu kez embryonun bünyesine organize olduğu veya plasenta içinde kaldığı görülmektedir. Bu gibi durumlarda malformasyon şansı arttığından intrauterin araç içerde iken gebe kalma durumları da terapötik abortus endikasyonları içine alınmıştır (36). STONE (29) ise intrauterin araç + gebelik durumlarında fetüste anomali veya herhangi bir harabiyet görülmediğini kaydetmektedir. Fakat bu gibi gebelikler ekseriya düşükle sonlanır. Spiral takılan hastaların bir kısmında da farkında olmaksızın aracın düşmesi nedeniyle gebelik görülmektedir. İntrauterin araçların dış gebelik ihtimalini arttırdığına dair bir delil mevcut değildir (29).

Intrauterin araçların bazı vak'alarda arzulanmayan yan etkileri görülebilir. Bir kısım kadınlarda aracın takılışını takiben genital organlarda enfeksiyon gelişir. Fakat bu gibi durumlar araç kavitede iken de geniş spektrumlu antibiyotiklerle tedavi edilebilir ve nüks nadirdir (8). Buna rağmen bir kısım yazarlar enfeksiyon görüldüğü zaman intrauterin aracın çıkarılmasını tav-

siye ederler (5). Bazı kadınlarda da âdet esnasında kasıklarda ve uterus bölgesinde kramp tarzında ağrılar ve ve şiddetli kanama görülür. Kanama ekseriya postpartum devrede araç takılanlarda dikkati çeker (29). Bu yan etkiler ilk bir kaç ay içinde kendisini gösterir ve müteakip aylarda kaybolur. GOLDZIEHER (37) intrauterin kontraseptiflerin yan etkileri üzerine yapmış olduğu bir analizde en ziyade dismenore ve bunu hipermenore'nin izlediğini göstermiştir. Daha az görülen yan etkiler sırasıyla vaginitis, pelvik ağrı ve intramenstruel kanamadır.

Spiral takılan bir kısım kadınlarda da aracın uçundaki iplik uzantıların serviks'e devamlı teması sonucu bir bir akıntı artışı dikkati çeker. Bazı hallerde serviks'te ektopium, endoservisit, erosion gibi lokal lezyonlar gelişebilir (8). Semptomların uzun süre devamı ile vaginitis, vaginal ve vulvar pruritis görülebilir (29). Bu şikayetler çoğu kez semptomatik tedavi veya aracın çıkarılışı ile düzelir.

Spiral veya diğer intrauterin araçların endometrium'u değiştirerek kansere zemin hazırladığı görüşü bugün için tatmin edici delillerden uzaktır (1,29). Araç içinde iken görülen endometrium kanseri vak'alarında olayı yabancı cismin varlığına bağlamak ilmi delillere oturtulamamaktadır; zira endometrium kanserinde tahriş teorisinden ziyade hormonal bozuklukların söz konusu olabileceği unutulmamalıdır. MORESE ve arkadaşları (38) intrauterin araç takılmış bir kısım kadınların histerektomi materyeli üzerinde yapmış oldukları bir incelemede endometrium'da metaplazi veya serviks'te displazi görülmediğini bildirmişlerse de LANE ve

arkadaşları (39) çeşitli tipte intrauterin araç uygulanan kadınların bir kısmında endometrium'da squamous metaplazi tesbit etmişlerdir. Hayvan deneyleri biraz değişik cephe göstermektedir. CORFMAN ve RICHART (40) fareler üzerinde yaptıkları araştırmada intrauterin araçların epidermoid karsinoma hasıl edebileceğini göstermiştir.

Spiralin nadir görülmesine rağmen en önemli komplikasyonu, tatbiki sırasında veya daha sonra uterus duvarını perforate ederek batin boşluğuna geçmesidir. Bu komplikasyon LEDGER ve WILLSON (41)'a göre 1/1.000, TIETZE (42) ve GILLETTE (1)'e göre 1/2. 500 uygulamada görülür. Bu gibi durumlar röntgen yardımıyla tesbit edilir edilmez probe laparotomi ile çıkarılmalıdır. İntrauterin aracın sebep olduğu ağır septisemi sonucu ölüm görülen vak'alar da bildirilmiştir (43).

Komplikasyon yaratması bakımından uterus kavitesinde şekil bozukluklarına sebep olan myomlar, uterus bicornus, uterus septus ve diğer anomaliler intrauterin araç takılışında kontrendikasyon teşkil ederler.

İntrauterin aracın ne kadar süre ile yerinde kalacağı problemi kadınlar tarafından hekimlere daima sorulmaktadır. Genital organlarda enfeksiyon, akıntı, kanama vs. yan tesirler olmamış veya kontrol altına alınmış ise uygun şartlarda araç 3-5 sene kalabilir. Komplikasyon görülen vak'alarda gerekirse diğer bir cins intrauterin araçla değiştirilebilir. Hiçbir komplikasyon görmeden uterius içinde 8-10 sene kalmış vak'alar mevcuttur. Hasta 6 ayda bir hekim kontrolünden geçmeli, spiralin yerinde olup olmadığı gözden geçirilmelidir (5). Araçın erken çık-

rılışı çoğu kez hastaların arzusuna bağlı kalmaktadır.

Servikal başlık (servikal kapak): Bu metod kadının âdet görmediği günlerde serviks'e uygun şekilde yerleştirilmiş plastik maddeden yapılmış bir kapak kullanmak suretiyle spermelerin serviks ve uterus içine girişine engel olmak gayesine yönelmiştir. Âdet esnasında çıkarılmak üzere kapak serviks üzerinde haftalarca kalabilir. Kapağın yerinden çıkmaması ve kaymamasına dikkat edilmelidir. Bu tarz korunma daha ziyade multiparlarda başarılı olmaktadır; zira vagina'nın genişlemiş olması sebebiyle servikal başlık kadın tarafından kolaylıkla tatbik edilebilmektedir. Bir spermatosid ajanla beraber kullanıldığı zaman kontraseptif etki daha da artar. Bu metodun herhangi bir yan etkisi mevcut değildir.

Vaginal diafram: Coitus'tan evvel vaginaya yerleştirilen ince kauçuk veya lastikten yapılmış bir diafram serviksi örterek spermelerin yolunu kesmek suretiyle gebelikten korunmada başarılı sonuç vermektedir. Bu metod'un etkili olabilmesi için diafram'ın coitus'ten sonra en az 6 saat vagina'da kalması gerekir. Gereken durumlarda 24 saat kadar yerinde bırakılabilir (1). Tatbik şekli iyi öğretildiği takdirde kadın bu araçı kolaylıkla kullanabilir. Diaframla beraber spermisidal etki gösteren kremlerin bir arada kullanılması gerekir. Spermisidal kremin aracın servikse temas eden satıh ve kenarlarına geniş şekilde sürülmesi gerekir. Ayrıca bu metod'dan başarılı sonuç alabilmek için diaframın vaginanın büyüklüğüne uygun olması gerekir(1).

Vaginal krem, pomat, tablet ve supposituvar'lar : Coitus'ten 10-15

dakika gibi kısa bir süre önce vaginanın derin kısımlarına ve serviks'e sürülen veya yerleştirilen bu maddeler spermeleri öldürücü ve faaliyetlerini durdurucu etki göstererek kontrasepsiyon'da % 90 başarılı rol oynarlar. Bu tarz korunma basit ve kolay olduğundan dolayı geniş şekilde uygulanmaktadır. Fakat krem, pomad ve supposituvarların eridikleri zaman vagina'da meydana getirdikleri yağlı vasat ve vaginayı irite edici özellikleri, coitus üzerinde çoğu kez olumsuz rol oynar. Bu cins kimyasal maddelerin tatbiki bazı kadınlarda - lokal hassasiyete bağlı-vagina'da yanma hissi meydana getirir. Aynı hal penis üzerinde de görülebilir (1). İlaçın her coitus için yeniden tekrarı gerekir.

Köpük yapıcı ilaçlar : Coitus'tan 5-10 dakika evvel vagina kubbesine aplikatör aracılığıyla yerleştirilen ve orada nemlendikleri zaman köpük hasıl ederek vaginaya yayılan bu tür ilaçlar, spermatosid özellikleri sebebiyle gebeliği önlenmede kullanılır. Başarı şansı % 90 oranındadır. İlaçın yerleştirilirken mümkün ölçüde derine itilmesi gerekir. Tatbikten sonra etki müddeti takriben 1 saattir. Köpük hasıl eden maddelerin de vagina duvarlarını tahriş etme ihtimali unutulmamalıdır.

Vagina'ya sünger yerleştirme: Çok eski zamanlardan beri uygulanan ve bugün de birçok kadın tarafından kullanılan bu metod, ejakülasyon sonucu vagina'ya dökülen spermeleri emmek üzere vagina'nın yukarı kısmı ve serviks önüne küçük bir sünger yerleştirmekten ibarettir. Sünger basit deniz süngeri, lastik veya kauçuk'tan yapılmış olup coitus'ten evvel yerleştirilir. Bu metod bir kimyasal madde tatbiki

veya lavajla kombine kullanılarak etki derecesi artırılır. Sünger coitus'ü takiben en az 4-6 saat yerinde kalmalıdır; lavaj da ilâve edilecekse süngerin mutlaka lavajdan sonra çıkarılması gerekir (1).

Vaginal lavaj'lar : Kontrasepsiyon gayesiyle eskiden beri uygulanan ve bugün de bir çok kadının baş vurduğu bir metod'dur. Ilık su veya bu suya ilâve edilmiş sirke ve asit solüsyonlarıyla-coitus'u hemen takiben- vagina'nın yıkanması esasına dayanır. Bununla beraber bu usulün korunmada başarılı olduğu söylenemez; zira coitus sonucu serviks ağzına erişen sperm'ler lavajdan önce gerekli mesafeyi katettikleri gibi, bizzat lavaj da onları tahripten ziyade basınç altında daha yukarılara sevk edebilir. Ayrıca bütün spermelerin lavaj'la vaginadan uzaklaştırılmaları da uzak bir ihtimaldir (1). Bu bakımdan vaginal lavaj birçok yazar tarafından kontrasepsiyon'da en az güvenilmesi gereken bir metod olarak nitelendirilmektedir. Lysol gibi antiseptikler, çok soğuk veya çok sıcak su vagina florasını tahrip ettiğinden asla lavaj materyeli olarak kullanılmamalıdır (2).

Düşük (abortion) : Gebeliğin durdurulması amacıyla bazı memleketlerde, özellikle sosyoekonomik ve pisişik endikasyonlar geniş tutularak abortus'a müsaade edilmiştir. Kanaatimizce bu metod insani bir yol olmayıp canlıya ana rahmine düştüğü andan itibaren değer vermek gerekir. Bu bakımdan düşük yaptırmanın kontraseptif bir metod olarak uygulanması, insanî açıdan reddini icap ettirdiği gibi mantıkî bir yol da değildir. Esasen Türk kanunlarında kriminal küretaj yasaklanmış bulunmaktadır.

Sterilizasyon: Kontrasepsiyon amacıyla erkek veya kadın üzerinde sterilizasyon yapılması düşünülebilirse de bu tarz davranış da tıbbî sakıncaları yanında bazı hukukî sorumlulukları da beraberinde taşımaktadır. Kadında tuba uterina, erkekte vas deferans ligasyonunu içine alan bu müdahaleler bir çok memleketlerde -kanunî ve tıbbî endikasyon olmadıkça- yasaklanmıştır. Böyle bir müdahalenin irreversibl olduğu unutulmamalıdır. Memleketimizde de "Tıbbî zaruret halinde gebeliğin sona erdirilmesi ve sterilizasyon yapılması hakkında Tüzük "(36) yürürlükte olup mevcut davranışlar bu tüzük hükümlerine göre yapılmalı, keyfi abortus ve sterilizasyon eğilimlerine kapılmamalıdır.

S U M M A R Y

Some views on the advantages and disadvantages of contraceptive methods

The method which is used in prevention of pregnancy must be simple, effective and safe. In addition, these must be harmless to the health of human and their side-effects must be reduced completely.

In this paper, contraceptive methods used today has been discussed shortly, advantages and disadvantages of these methods has been shown.

L İ T E R A T Ü R

- 1- Gillette, P.J. : What every woman wants to know about the pill and other birth control methods. Bartam Books, Un. St. America, 1969
- 2- Lewin, S.A.; Gilmore, J.: Sex

Without Fear. Tenth printing, Med. Research Press, Un, Stb. America 1954

3- Segal, S.J.; Advances in contraception, p. 220-230, Cited, Sturgis, S.H., Taymonr, M.L. : Progress in gynecology, Vol.: V , Grune-Str., New York, 1970

4- Vokaer, R., Bayot, D., Piraux, P., Devreux, A. : Le controle de la natalite, Avenir des differentes methodes contraceptives et abortives. Gyn. Obst. (Paris), 1: 15-44., 1971

5- Garrey, M.M., Govan, A.D.T., Hodge, C.B., Callander, R.: Obstetrics Illustrated, Third Reprint, Churchill Liv., Edinb. -Lond., p. 474-482, 1972

6- Foley, M., Law B., Davies, J., Fotherby, K.: Clinical trial and laboratory investigation of a low dose progestogen only contraceptive. Int. J. Fertil., 4: 246-251, 1973

7- Jarvinen, P.A., Ylikorkala, O., Ylostalo, P. : Low dose lyncestrenol as a contraceptive (Influence on ovarian fonction. Ann. Clin. Res. 2: 109-114, Cited., Excerpta Medica Obst. and Gynec. Vol. 28, No: 5, p. 311, 1975

8- Benson, R. C.: Handbook of Obstetrics Gynecology, Fifth Ed., Lange Med. Publ., Los Altos, California p. 686-700, 1974

9- Reifernstein, E.C., Ppatt, T.E., Hartzell, K.A., Shafer. W.B.: Artificial menstrual cycles induced in ovulatory women by monthly injection of progestogen-estrogen, Fertil. 5: 652-664, 1965

10- Cervantes, A., Gorodovsky, J., Maqueo, M.: Injectable contraceptives, Ten years of clinical experience. Gynec.

Obstet. Mex. 204: 369-381, Cited, Excerpta Medica Obstet. and Gynec. Vol. 28, No: 2, p. 119, 1975

11- Greenblatt, R.B.: One pill a month -contraceptive. Fertil. Steril. 2: 207-211 1967

12- Tatum, H.G., Coutinto, E.M., Filho, J.A., Sant'anna, A.R.S.: Acceptability of longterm contraceptive steroid administration in humans by subcutaneous silastic capsules, Amer. J. Obs. Gynec. 7: 1139-1143, 19689

13- Croxatto, H., Diaz, S., Vera, DR., Etchart, M., Atria, P. : Fertility control in women with a progestogen released in microquantities form subcutaneous capsules. Amer. J. Obs. 7: 1135-1138, 1969

14- Girndt, J., Kramer, P., Scheler, F. : Severe hypertension with cardiac failure and nephrosclerosis after oral contraceptives. DTCH. Med. Wschr., 9: 404-407, 1974, Cited , Excerpta Medica Obstet. and Gynec. Vol. 28, No: 4, p. 253, 1975

15- Weir, R.J.: Contraceptives and hypertension. Therapiewoche 45: 4295-4296, 1973, Cited, Excerpta Medica Obstet. and Gynec. Vol. 28, No: 2, p. 117., 1975

16- Apisarnthanarax, P., Self, S.F., Ramer, G., Montes, L.F.: Oral contraceptives and candidiasis. Cutis (N.Y.) 1: 77-82, 1974, Cited, Excerpta Medica Obstet. and Gynec. Vol. 28, No: 3, p. 188, 1975

17- F.D.A.: Report on Enovid, Special Report J.A.M.A. 185: 776, 1963

18- Rosenberg, M.: The link between norethynodrel and thromboembolism, Am. J. Obs. Gyn. 90: 745, 1964

19- Guttmacher, A.: Oral contraception. Post- Grad. Med. 32: 552, 1962

20- Mc Gowan, L.: Venous thrombophelitis associated with the use of norethynodrel. Am. J. Obs. Gyn. 86: 923, 1963

21- Bayçu, T.: Oral Kontraseptifler ve tromboz. Ank. Üniv. Tıp. Fak. Mec. 4: 868, 1965

22- Stamm, H., Szirmai, E.: Oral contraceptive therapy and thrombelastographic control. Z. Ther. 8: 480, Cited, Excerpta Medica Obst. Gynec. Vol. 28, No: 1, p. 47, 1975

23- Vokaer, R. : Contraception orale et cancers de L'uterus et du sein. J. Gyn. Obs. Biol. Reprod. 3: 379, Cited, Excerpta Medica Obst. Gynec. Vol. 28, No: 1, p. 50, 1975

24- Kaiser, R.: Do oral contraceptives favor the development of cancer?. MK. Arztl. Fortb. 3: 108, 1974, Cited, Excerpta Medica Obstet. Gynec. Vol.: 28, No: 3, p. 185, 1975

25- Drill, V.A., Martin, D.P., Hart McConrell, R.G.: Effect of oral contraceptives on the mammary glands of rhesus monkeys. J. Nat. Cancer Inst. 5: 1655, 1974

26- Matton Van Leuven, M.T., Thiery, M., Debie, S. : Cytogenetic evaluation of patients in relation to the use of oral contraception. Contraception (Cal. 1: 25, 1974

27- Loch, E.G., Kaiser, E., Christl, H.: Hypoplasia of the uterus following use of oral contraceptives. Med. Klin. 20: 887-891, 1974

28- Rosenfield, A. G., Castadot, R.G.: Early postpartum and immediate postabortion intrauterine contraceptive device insertion. Am. J. Obstet. Gynec. 8: 1104, 1974

29- Stone, M.L.: The current status of intrauterine devices. Cited, Studrgis, Sturgis, S.H., Taymor, M.L.: Progress in Gynecology , Vol. V, p. 231-1246, 1970

30- Hall, H.H., Sedlis, A., Chabon, I., Stone, M.L.: Effect of intrauterine stainless steel ring on endometrium structure and function. Amer. J. Obs. Gynec. 93: 1031, 1965

31- Chatterji, S., Laumas. K.R.: Effect of a copper wire as an I UD on some rat uterine enzymes. Contraception (Cal.) 1: 65-80, 1974

32- Roy, S., Cooper, D., Mishell, Jr. D. R.: Experience with three different models copper T intrauterine contraceptive in nulliparous women, Amer. J. Obstet. Gynec. 3: 414-417, 1974

33- Timonen, H., Luukkainen, T.: use effectiveness of the copper T 200 in a simulated field trial. Contraception (Cal.) 1: 1-13, 1974

34- Tatum, H.J.: Metallic copper as an intrauterine contraceptive agent, Am. J. Obstet. Gynec. 5: 602-618, 1973

35- Zielske, F., Felshart, R., Hammersstein, J.: Clinical experiences with the copper T intrauterine pessary , Geburtsh. Frau. 7: 525, 1974, Cited, Excerpta Medica Obstet. Gynec. Vol. Vol. 28, No: 3, p. 188, 1975

36- Tıbbi Zaruret Halinde Gebeliğin Sona Erdirilmesi ve Sterilizasyon Yapılması hakkında Tüzük. T.C. Sağlık ve Sosyal Bak. Nüf. Plan. Gen. Md. yay. No: 58

37- Goldzieher, L. : Incidence of side effects with contraceptives. Am. J. Obst. Gynec. 102: 91, 1968

38- Morese, K.N., Peterson, F., Allen, S.T.: Endometrial effects of an IUCD. Obstet. Gynec. 28: 323, 1966

39- Lane, M.E., Dacalos, E., Sobrero, A.J., Ober, W.B.: Squamous metaplasia of the endometrium in women with an intrauterine contraceptive device: Follow up study. Am. J. Obstet. Gynec. 5: 693-697, 1974

40- Corfman, P.A., Richart, R.M.: Induction in rats of uterine epidermoid carcinoma by plastic and stainless steel

intrauterine devices. Amer. J. Obstet. Gynec. 98: 987, 1967

41- Ledger, W.J., Willson, J.R.: Intrauterine contraceptive devices; the recognition and management of uterine perforations, Obstet. Gynec. 28: 806, 1966

42- Tietze, C.: Intrauterine conception. Cited, Marcus, S. L., Marcus, C.C. (Ed.): Advances in Obstetrics and Gynecology, Baltimore, Will. -Wilk. 1: 486, 1967

43- Christian, C.D.: Maternal deaths associated with an intrauterine devices. Amer. J. Obstet. Gynec. 4: 441-444, 1974