

Spiral ile İkiz Gebelik

Sedat YİĞİT*

Nihat BAYRAK*

Şakir KÜÇÜKKÖMÜRCÜ**

ÖZET

Spiral ile birlikte bir ikiz gebelik olgusu sunulmuş ve literatür gözden geçirilmiştir. Böyle gebeliklerde eğer anne çocuğu istiyorsa, spiralin gebelik boyunca yerinde bırakılmasının daha uygun olacağı kanısındayız.

SUMMARY

Twin Pregnancy With Intrauterine Device

A case of twin pregnancy with intrauterine device (IUD) in place is presented and literature is reviewed. In such cases if the mother desires the baby, our opinion is to leave the device in utero.

Spiral en etkili kontraseptif yöntemlerinden biridir. Gebeliği önleyici mekanizması tam anlamıyla bilinmemekle beraber spirallerin uterusu enflamatuvar veya yabancı cisim cevabı yaratarak endometriumda ve uterus salgısında biyokimyasal değişiklikler ortaya çıkartıp implantasyonu engelledikleri kabul edilmektedir. Ayrıca plazma hücreleri, mononükleer hücreler ve makrofajlar spermatozoidleri veya fertilize ovumu fagositoz yoluyla yok edebilirler¹. Bakır içeren spiraller ise uterusdaki enzim sistemini, endometrial hücrelerdeki DNA miktarını, glikojen metabolizmasını ve uterus mukozasının östrojen alımını etkilerler²⁻⁴. Pearl indeksine göre gebelik oranı 1-5 arasındadır¹.

Spiralin ektopik gebelik riskini arttırdığı bilinmektedir^{5,6}. Literatürde intra ve ekstrauterin kombine bir gebelik olgusu bildirilmiştir⁷. Yine literatürde terme ulaşan tek bir spiralli ikiz gebelik olgusu vardır⁶.

Bu yazımızda spiral ile birlikte görülen bir ikiz gebelik olgusu sunulmuş ve bu olgularda uygun olan medikal yaklaşım şekilleri tartışılmıştır.

* Dr.; U. Ü. Tıp Fak., Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi.

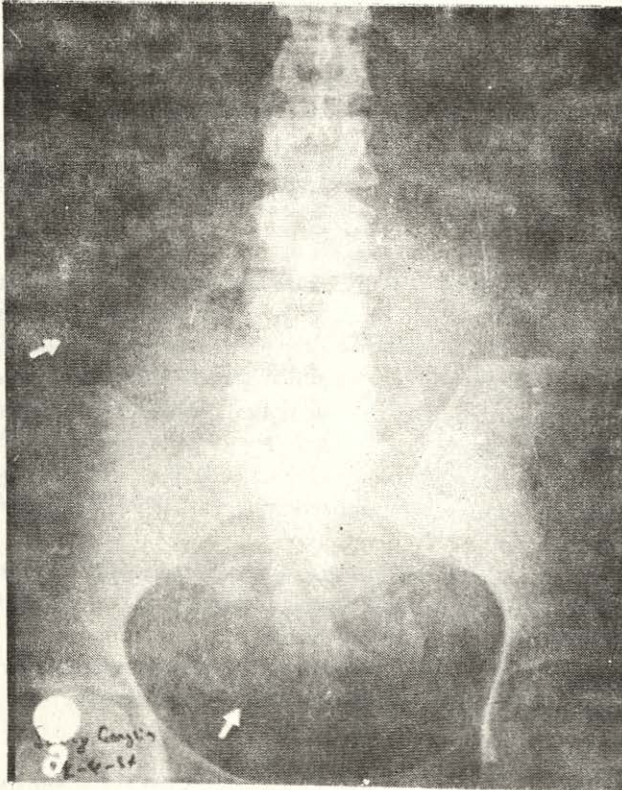
** Doç. Dr.; U. Ü. Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Öğretim Üyesi.

OLGU

Ş. Ç. adlı 31 yaşındaki gebe 21.4.1987 tarihinde, 5 günden beri devam eden vajinal kanama ve doğum ağrılarının başlaması yakınması ile saat 12.00 de kliniğimize başvurdu.

Daha önce sonuncusu 1981 yılında olmak üzere 4 adet normal spontan doğum yapan hasta 5 yıl önce spiral taktırdığını ifade etti. Sistemik muayenesinde bir özellik yoktu. Obstetrik muayenede: Serviks 5-6 cm açıklıkta, silinme % 50, su kesesi intakt, prezantasyon baş olarak saptandı. İki değişik yerden ayrı frekanslı iki ÇKS alınması üzerine yapılan ultrasonografik tetkikte biparietal çapları 27 ve 28 haftalık fötüslere uyan iki adet canlı çocuk saptandı. Direkt batin grafisinde 2 fötüs ve Lippes Loop spirale ait opasite görüldü (Resim: 1).

Hasta aynı gün saat 18.50 ve 18.55'te vajinal yoldan 1000 gr/36 cm, Apgar 1-2 ve 1150 gr/36 cm, Apgar 2-3 ile 2 erkek çocuk doğurdu. Plasenta çıkartıldıktan sonra, alt segmentte palpe edilen spiral elle çıkartıldı. Plasenta monokorionik, biamniotik idi. Hasta post-partum 3'üncü günde hiçbir komplikasyonu olmaksızın taburcu edildi. Çocuklardan biri doğduğu gün, diğeri post-partum üçüncü gün exitus oldular.



Resim:1

TARTIŞMA

Spiral ile birlikte gebelik oluşması 1-5/yıl/100 kadın oranındadır¹. Spiral ile gebelik oluştuğunda hekimlerin olaya yaklaşımları farklılık göstermektedir. Bir kısmı gebeliğin spiralle birlikte devamına izin verilmesini önerirken⁸, diğer bir kısmı çeşitli yollarla spiralin çıkartılıp gebeliğin devamının sağlanmasını önermektedirler^{9,10}. Her iki yaklaşımda da erken ve geç komplikasyonlar ortaya çıkmaktadır.

Spiralli gebelerde spontan abortus riski, diğer gebelerden daha yüksektir¹. Spiral çıkartılmazsa gebeliklerin % 50'si spontan abortusla sonuçlanmaktadır⁵. Bu, diğer kadınlardaki spontan abortus oranının 3-5 katıdır. Ayrıca bu olgularda ikinci trimestirde septik abortus oranı da artmaktadır^{1,5,8}. Spiralin erken gebelikte çıkartılması yüksek olan spontan abortus riskini vakaların yarısında azaltmakta, bir ikinci trimestir abortus riskini ortadan kaldırmaktadır¹. Spontan abortus yanında prematür doğum, ölü doğum, düşük doğum ağırlığı da beklenen komplikasyonlar arasındadır^{1,3,8}.

İpleri görülmeyen zaman spiral, gebé bir kadından kolaylıkla çıkartılamaz. Spiralin lokalizasyonunu belirlemek için kaviteyi kontrol etmek veya ipsiz bir spiralli çıkartmak gebeliği bozabilir. Bu durumda anne, gebeliğinin devamını isterse spiral yerinde bırakılmalıdır. Gebeliğin yakından izlenmesi önemlidir. Çünkü sadece hafif ve erken semptomlarla birlikte hızla sepsis gelişebilir. Sepsisten şüphe edildiğinde antibiotik tedavisi ve uterusun hemen boşaltılması esastır^{1,5,6,8}.

İpleri görülmeyen bir spiralli ultrasonografiyle saptamak kolaydır. İplerin görülmeme nedeni, sıklıkla, büyüyen uterus içinde spiralin yukarıya doğru çekilmesidir. Longitudinal ve transvers pelvik sonogramlar spiralin yerini bulmada yeterlidir. Genel olarak implantasyon spiralden uzak bir yerde olduğundan, spiral ekstraamniotik olarak kalır. Ultrason hem spiralli hem de gestasyonel keseyi gösterebilir⁸. Bu yöntemle yapılan bir çalışmada, bir trofoblast pensu ve ekografi yardımıyla 3 olguda gebeliğin 9. haftasında spiral çıkartılmış ve 3 gebelikte normal olarak devam etmiştir¹¹. Başka bir yöntem de ekstraamniotik bir boşluk oluşturarak (serum fizyolojik, makromoleküler bir solüsyon ya da CO₂ ile) yine ekografi yardımı ile spiralin çıkartılmasıdır¹¹. Ancak bu yöntem anestezi gerektirir ve komplikasyon oranı yüksektir^{10,11}.

Spontan abortus, prematür doğum, ölü doğum ve düşük doğum ağırlıklı yenidoğanlar çoğul gebeliklerin alışılmış ve beklenen komplikasyonlarıdır. Ancak spiral içeren bir uterusun ikiz gebeliği 28'nci gebelik haftasına kadar getirebilmesi çok ender bir olasılıktır.

Bu olgu nedeni ile, spiral ve gebelik olgularında eğer çocuk isteniyorsa, spiralin yerinde bırakılmasının daha uygun bir yaklaşım olacağı kanısına varmış bulunmaktayız.

KAYNAKLAR

1. Population Reports, Series B, No: 4, July, 1982.
2. ZIPPER, J.A., TATUM, J.H., MEDEL, M., PASTERE, L. and RIVERA, M.: Contraception through the use of intrauterine metals: 1. Copper as an adjunct to T device. Am. J. Obstet. Gynecol., 109 (5): 771-4, March 1, 1971.

3. TATUM, J.H., SCHMIDT, F.M., and ALAIN, J.: Management and outcome of pregnancies associated with Copper T IUCD. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 126 (7): 869-79, 1976.
4. TATUM, J.H.: Copper bearing IUDs. *Clin. Obstet. Gynecol.*, 17: 93, 1974.
5. Population Reports, Series B., No: 3, May 1979.
6. PRITCHARD, J.A., MCDONALD, P.C. and GANT, N.F.: Intrauterine Contraceptive Devices. In: Williams Obstetrics, 17th ed., Appleton-Century-Crofts/ Norwalk, Connecticut, 1985, pp. 819-24.
7. SISA, C.M.: Double (uterine and ectopic) pregnancy of a patient using an IUD. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 149 (8): 912, 1984.
8. FALLON, J.H.: Pregnancy with IUD in situ. *Kansas Med.*, 86: 322-4, 1985.
9. GUSTAVII, B., EDVALL, H., NORDENSKJOLD, F.: Removal of IUD in early pregnancy. *Acta. Obs. Gynecol. Scand.*, 63, 571-2, 1984.
10. LE LANN, D., MUHLSTEIN, C. et WINISDOERFFER, G.: Grossesse sur dispositif intrauterin. Technique nouvelle d'ablation echoguidee du sterilet. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.*, 14: 533-5, 1985.
11. RUDIGOZ, R.C.: Pregnancy on an IUD, Ultrasound guided forceps removal of the IUD. *Presse Med.*, 15: 1155, 1986.

Dr. Sedat YİĞİT

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi

Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

BURSA