

# Terapötik Abortus Olgularında Ekstra-Amniotik Serum Fizyolojik (SF) İnstilasyonu ile Aldığımız Sonuçlar

Şakir KÜÇÜKKÖMÜRÇÜ \*  
Suat KIYAN \*\*  
Candan CENGİZ \*\*\*  
Eftal ERDOĞAN \*\*\*\*

## ÖZET

10-33 haftalık gebelikleri olan 38 olguda ekstraamniotik serum fizyolojik (SF) instilasyonu ile terapötik abortus yapıldı. Olguların 36'sında (% 95) ortalama 12 saat 15' da abortus sağlandı. 2 olguda (% 5) kanama nedeniyle yonteme son verildi. Abortus sağlananlar içinde komplikasyon olarak 3 olguda ateş, 1 olguda normalden fazla kanama saptandı.

## SUMMARY

### The Results Obtained by Extraamniotic Instillation of Isotonic Salt Solution in Therapeutic Abortion Cases

In 38 patients who were 10-33 weeks pregnant, therapeutic abortion was done by extraamniotic instillation of isotonic salt solution. In 36 cases (95 %) abortion occurred in 12 hours and 15 minutes. Procedure was terminated in 2 cases (5 %) because of hemorrhage. Among the group were abortion occurred, complications like fever in 3 cases and bleeding above normal was detected in 1 case.

- \* Uzm. Dr.; Uludağ Üniv. Tıp Fak. Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı Araştırma Görevlisi.  
\*\* Prof. Dr.; Uludağ Üniv. Tıp Fak. Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi.  
\*\*\* Yard. Doç. Dr.; Uludağ Üniv. Tıp Fak. Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Öğretim Üyesi.  
\*\*\*\* Dr.; Uludağ Üniv. Tıp Fak. Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Araştırma Görevlisi.

Missed abortion, in utero mort fetal ve medikal abortus olguları ile yasaların izin verdiği ülkelerde gebeliklerin sonlandırılması amacıyla değişik yöntemler kullanılmaktadır. Bu yöntemlerden birisi olan ekstraamniotik rivanol solüsyonu ile aldığımız sonuçları daha önce yayınlamıştık <sup>1</sup>.

Bu yazıda ise ekstraamniotik serum fizyolojik (SF) instilasyonu ile aldığımız sonuçları sunmak istiyoruz.

## GEREÇ ve YÖNTEM

Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı'na Tablo I'deki endikasyonlarla başvuran 38 olgu çalışmanın kapsamına alınmıştır.

Tablo: I  
38 Olgunun Tedavi Endikasyonları

Tanı	n	%
Missed Abortion	28	74
Medikal Abortus(2 nefropati, 1 gebelik + spiral)	3	8
In utero mort fetal	7	18
TOPLAM	38	100

Olgularımız 20-44 yaşları arasında (ortalama 32.5) idi. Bunlardan 7'si (% 18) primipar, 31'i ise (% 82) multipar idi. Son adet tarihlerine göre olguların gebelik süreleri 10-33 (ortalama 20.8) hafta, muayene bulgularına göre ise uterus büyüklükleri 8-26 (ortalama 15.8) haftalık olarak saptanmıştır. Ekstraamniotik SF instilasyonu Blum ve Cohen <sup>2</sup> tarafından tanımlanan yöntemle yapıldı. Sabah aç karına ve mesaneleri boşaltılmış olan hastalar jinekolojik masaya alındılar. Vajen anti-septik bir solüsyonla temizlendikten sonra spekülüm yerleştirilip kollum görünür hale getirildi. Kollum üst dudağı tek dişli pens (Pozzi) ile tutularak orifisyum eksternumdan 18-20 no'lu Foley sondası, dişsiz penset veya polip pensi yardımıyla uterus duvarı ile amnios kesesi arasındaki ekstraamniotik mesafeye itildi. Sondanın ilerlemesinde genellikle hiçbir güçlükle karşılaşmadı. Sonda ekstraamniotik mesafeye bu şekilde 6-8 cm kadar itildikten sonra, balonu 15-30 cc sıvı ile dolduruldu. Daha sonra hafifçe çekilerek balonun orifisyum internum üzerine oturması sağlandı. Foley sondasının ekstraamniotik mesafeye 6-8 cm.den fazla itilmemesine bilhassa özen gösterildi. Bu suretle amnios kesesinin erken yırtılmasından ve muhtemelen alt segmente yerleşmiş olan plasentanın dekolmanından kaçınılmış oldu. Çünkü olguların hiçbirinde yöntemin uygulanmasından önce plasentanın lokalizasyon tayini yapılmamıştı. Sonda bu şekilde yerleştirildikten sonra SF solüsyonundan 26-30 damla/dakika'lık bir hızla ekstraamniotik mesafeye instile edildi. Verilen toplam SF miktarı gebeliğin büyüklüğüne göre 150-1000 ml. arasında (ortalama 364.5 ml.) idi. Genellikle uterus kontraksiyonları instilasyondan 30-60 dakika sonra başlamaktaysa da, hiçbir olguda bu kontraksiyonlar abortus yaptıracak ve kollumu açacak kadar kuv-

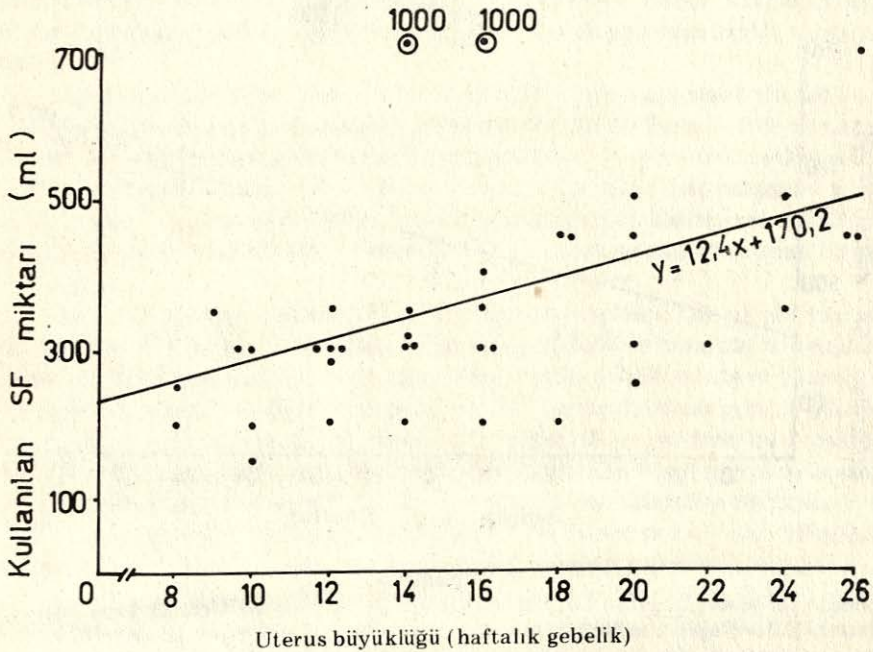
vetli olmadığından, genellikle ilk tedaviden 2 saat sonra olmak üzere 500 cc % 5 dekstroz solüsyonuna 5-15 U sentetik oksitosik hormon (Synpitan forte, Deva) konarak endüksiyon yapıldı. Tüm olgular profilaktik antibiyotik tedavisi gördüler (4x1 gr. ampisilin peros).

Uyguladığımız bu yöntemle uterus kontraksiyonları giderek artmakta ve değişik süreler sonunda önce balonu patlamamış olarak Foley sondası, daha sonra gebelik ürünü bazen komplet, bazen enkomplet olarak uterus dışına atılmaktadır. Ayrıca her olguda sistematik olarak Bumm küret ile revizyon kürtajı yapıldı.

Sonuçların istatistiksel değerlendirilmelerinde Student 't' testi uygulandı.

## BULGULAR

Olguların 36'sında (% 95) ortalama 12 saat 15 dakikada (30 dakika-28 saat) sonuç elde edildi. Bu 36 olgunun 32'sinde (% 89) ilk insilasyonda başarıya ulaşıldı. Fakat 3 olguda (% 8) iki kez, 1 olguda da (% 3) yöntemi birer gün ara ile 3 kez tekrarlamak zorunda kaldık. En kısa sürede (30 dakika) sonuçlanan olgumuzun ikinci tekrarı olduğunu da belirtmek isteriz. Başarısız sonuç aldığımız 2 olguda tedavinin devam ettiği esnada fazla kanama görülmesi nedeniyle uygulamaya son verilerek genel anestezi altında dilatasyon ve kürtaj yapıldı. Bu 2 olgu da multipar idi.



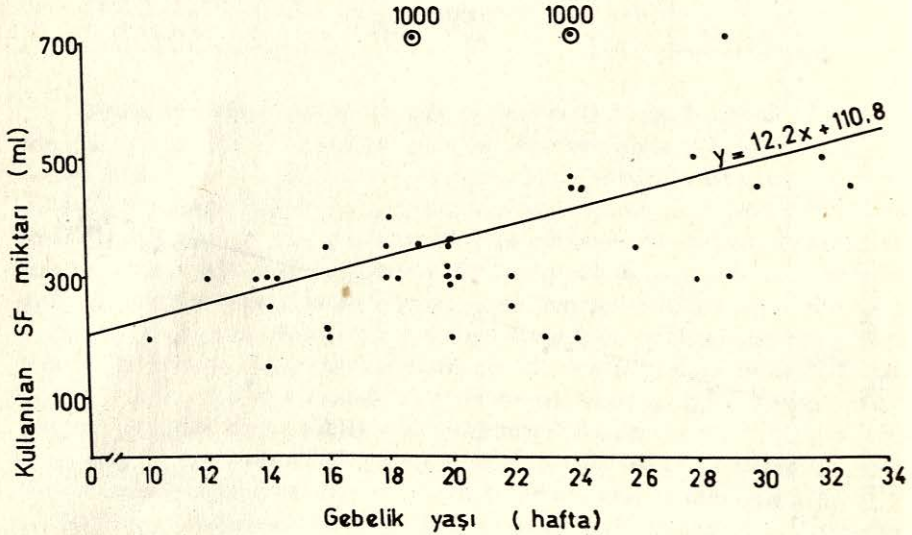
Şekil: 1

Başarıyla Sonuçlanan 36 Olguda Kullanılan SF Miktarı ile Uterus Büyüklüğü Arasındaki Lineer Regresyon İlişkisi ( $n = 36; r = 0.320; p < 0.05; y = 12.4x + 170.2$ )

Başarılı sonuç aldığımız 36 olgunun 7'si (% 18) primipar, 29'u (% 82) ise multipar idi. Primipar olgularımızda tedavinin sonlanma süreleri ortalaması (16 saat 20 dakika), multipar olgularımıza göre (11 saat 20 dakika) yüksek olmasına rağmen aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ( $n = 36$ ;  $t = 1.917$ ;  $p < 0.1$ ).

Başarıyla sonuçlanan olgularımızda, kullanılan SF miktarı ile uterus büyüklüğü arasında ( $n = 36$ ;  $r = 0.342$ ;  $y = 12.4x + 170.2$ ;  $p < 0.05$ ) olduğu gibi, kullanılan SF miktarı ile son adete göre hesaplanan gebelik yaşı arasında ( $n = 36$ ;  $r = 0.374$ ;  $y = 12.2x + 110.8$ ;  $p < 0.05$ ) lineer regresyon analizleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Şekil 1, Şekil 2). Gebelik ne kadar büyük ise o kadar fazla miktarda SF ile sonuç elde edilebilmektedir.

Diğer yandan toplam tedavi süresi ile uterus büyüklüğü arasında araştırılan lineer regresyon analizi anlamsız olarak bulunmuştur ( $n = 36$ ;  $r = 0.059$ ;  $p > 0.1$ ). Aynı şekilde toplam tedavi süresi ile kullanılan oksitosin miktarı arasında da lineer regresyon analizi anlamsız sonuç vermiştir ( $n = 36$ ;  $r = 0.186$ ;  $p > 0.1$ ). 3 Olguda (% 8) ateş, 1 olguda (% 2) kanama görüldü. Bunlar uygun tedavi ile, herhangi bir komplikasyon yaratmaksızın kısa sürede iyileşme gösterdiler. Tüm olgular 2-3 günlük hospitalizasyondan sonra şifa ile eksterne edildiler.



Şekil: 2

Başarıyla Sonuçlanan 36 Olguda Kullanılan SF Miktarı ile Gebelik Yaşı Arasındaki Lineer Regresyon İlişkisi ( $n = 36$ ;  $r = 0.374$ ;  $p < 0.05$ ;  $y = 12.2x + 110.8$ )

## TARTIŞMA

Birinci ve ikinci trimestirdeki gebeliklerin sonlandırılması için birçok yöntem ileri sürülmüştür. Fakat bu yöntemlerden herbirinin kendilerine özgü yan etkileri ve/veya kontrendikasyonları vardır. Örneğin yüksek doz İV oksitosin perfüzyonunda her zaman başarılı sonuç alınmamış olmasının yanı sıra, su entoksikasyonları ve uterus rüptürü olguları bildirilmiştir<sup>3</sup>. Yöntemlerden bir diğeri olan intraamniotik hipertonic serum sale enjeksiyonu kardiyak ve renal yetmezlik olgularında zaten kontrendikedir. Aynı yöntem diğeri taraftan fetal dokuları ve plasentayı tahrip ettiğinden, fötüs ve plasentanin histo-patolojik olarak incelenmesine olanak tanımamaktadır<sup>2</sup>. Ayrıca koagülasyon bozukluğu yaptığı<sup>4</sup> ve hipernatremi sebebiyle bir maternal ölüme sebebiyet verdiği bildirilmiştir<sup>5</sup>.

Intraamniotik prostaglandin enjeksiyonunun pahalı bir yöntem oluşu yanında kusma, diare ve kardio-pulmoner yan etkilerinin fazla oluşu da uygulama alanlarını daraltmıştır. Diğer yandan intraamniotik prostaglandin enjeksiyonuna bağlı olan koagülasyon bozukluğu<sup>6</sup>, kolum rüptürü<sup>7</sup> ve epileptik formda konvülsiyon<sup>2</sup> olguları yaylanmıştır.

Ekstraamniotik hipertonic serum sale<sup>8</sup> ve prostaglandinler<sup>9</sup>, intraamniotik uygulamalarla hemen hemen aynı yan etkilere sahiptir<sup>2</sup>.

Bazı otörlerin kullandıkları, orifisyum internuma balonlu bir kateter yerleştirerek Ferguson refleksini uyarma yöntemi ise, çok uzun sürede etkili olabilmesi ve özellikle terme yakın gebeliklerde uygulanabilmesi yüzünden pratik olmaktan uzaktır<sup>2,10</sup>.

Ingemanson, Manabe, Nabriski ve ark. gibi biz de ekstraamniotik rivanol solüsyonu perfüzyonunda başarılı sonuçlar elde etmiştik. Ancak 2 olgumuzda saptadığımız periton iritasyonunu, tubalardan batın boşluğuna kaçan rivanolin etkisine bağlayabilmiş olmamız, bizleri daha zararsız (tolerabl) bir solüsyonla çalışmaya zorlamıştır. Blum<sup>11</sup> ile Blum ve Cohen<sup>2</sup> tarafından geliştirilen ekstraamniotik SF instilasyonu etkin ve zararsız oluşu nedeniyle diğer yöntemler arasında önemli bir yer işgal etmiştir.

Terapötik abortus olgularında bazı yöntemlerin uygulanışında gebelik yaşı büyük önem taşır. Örneğin 16 haftalığa kadar olan gebeliklerde intraamniotik enjeksiyonlar genellikle başarısızlıkla sonuçlanır. Yine, büyük gebeliklerde basit dilatasyon ve kürtaj imkansızdır<sup>2</sup>. Oysa ekstraamniotik SF instilasyonunda gebelik yaşı ne olursa olsun başarılı sonuç almak mümkün olmuştur. Diğer otörlerin bu konudaki izlenimlerini, bizim sonuçlarımızı da desteklemektedir. Zira bizim serimizde başarılı sonuç aldığımız olguların gebelik yaşları 10-33 hafta arasında bulunmaktaydı. Uterusun büyüklüğü veya gebelik yaşı büyüklüğü ile orantılı olarak kullanılan SF miktarının artırılması arası çözümlenmeye yetmektedir. Nitekim uterus büyüklüğü ile kullanılan SF miktarı arasında olduğu gibi, gebelik yaşı ile kullanılan SF miktarı arasında da saptadığımız anlamlı ve pozitif yöndeki lineer regresyon ilişkisi bu düşüncemizi kanıtlamaktadır (Şekil 1 ve 2). Gebelik ne kadar büyük ise, diğer bir deyimle ekstraamniotik mesafe ne kadar geniş ise, o kadar fazla miktarda SF kullanmak gerekmiştir. Olayın bu yönü terapötik abortus olgularında ekstraamniotik SF instilasyonu yöntemini uygulayan diğer otörler tarafından belirtilmemiştir<sup>2,11</sup>.

Yöntemin uygulanmasına son vererek dilatasyon ve kürtaj ile tedavilerini tamamladığımız iki olguda başarısızlık ögesi direkt olarak yöntemle ilgili gözükmemektedir. Endikasyonları missed abortion ve spiral + gebelik olan bu iki olgumuzda grand multipar idiler. Fazla kanama olduğu için SF instilasyonuna son verilmişti. Etyolojik faktör muhtemelen plasentanın base insertion'ü idi. Bu da yöntemin defektinden çok, uygulamadan önce plasenta lokalizasyonu yapamayışımızla ilgilidir.

Yöntemin etki şekli hakkında pek kesin fikir ileri sürülemediğiştir. Gustavii<sup>8</sup>, ekstraamniotik mesafeye enjekte edilen hipertonic serum salenin kadük'ü tahrip ettiğini, bunun da abortusu sağlayan endojen prostaglandin sentezini kamçılıadığını ileri sürmüştür. Bu açıklamanın SF için de geçerli olabildiğini söylemek belki mümkündür. Fakat SF instilasyonunun gerçek etki şeklinin ne olduğu açıklanmaya muhtaçtır. Bu arada ekstraamniotik mesafeye yayılan SF miktarının uterusu gererek, yöntemin etki şeklinde rol oynayan faktörlerden birisi olabileceğini, bulgularımıza dayanarak ileri sürebiliriz.

3 Olgumuzda instilasyonu tekrarlamamız ve bir olgumuzda da üçüncü instilasyonda sonuç elde edişimiz, yöntemin etkinliğine gölge düşürmekten çok, zararsızlığını kanıtlayan bir bulgu olarak değerlendirilmiştir.

Missed abortion, in utero mort fetal ve medikal abortus olgularında ekstraamniotik SF instilasyonunun etkili, basit ve zararsız bir yöntem olduğu kanısına varılmıştır.

#### KAYNAKLAR

1. KÜÇÜKKÖMÜRÇÜ, Ş., KIYAN, S., ERDOĞAN, E.: Terapötik abortus olgularında ekstra-amniotik rivanol perfüzyonu ile aldığımız sonuçlar. Uludağ Üniv. Tıp Fak. Mec, 1983 (Baskıda).
2. BLUM, M., COHEN, E.: Les indications privilégiées de la perfusion extra-amniotique de serum physiologique. J Gyn Obst Biol Repr, 5(4): 577-584, 1976.
3. GUPTA, D.R.: Oxytocin, "salting out" and water intoxication. Am J Obstet Gynec, 114: 511-515, 1972.
4. LAROS, R.K., COLLINS, J., PENNER, J.A.: Coagulation changes in saline-induced abortion. Am J Obstet Gynec, 116: 277-285, 1973.
5. GOODLIN, R.C.: Complication of acute hypernatremia. Lancet, 1: 305-306, 1968.
6. BRENNER, W., FISHBURNE, J.I., McMILLAN, C.W.: Coagulation changes during abortion induced by prostaglandin F<sub>2</sub>α. Am J Obstet Gynec, 117: 1080-1087, 1973.
7. COLSTON WENTZ, A., THOMPSON, B.H., KING, T.M.: Posterior cervical rupture following prostaglandin-induced mid-trimester abortion. Am J Obstet Gynec, 115: 1107-1110, 1973.
8. GUSTAVII, B.: Studies on the mode of action of intra-amniotically and extra-amniotically injected hypertonic saline in therapeutic abortion. Acta Obstet Gynecol Scand, 25: 1-22, 1973.

9. BRAAKSMA, J.T., BRENNER, W.E., FISHBURNE, J.I.: Intrauterine extra-amniotic administration of prostaglandin  $F_2\alpha$  for therapeutic abortion. Am J Obstet Gynec, 114: 511-515, 1972.
10. SAUNDERS, J.R.: Foley-catheter induction of labour. Brit Med J. 4: 237, 1972.
11. BLUM, M.: Eine Einfache methode zur Abort und Geburteinleitung bei Missed Abortion und Intrauteriner Fruchttod. In: Gynakologie und Geburtshilfe, Forschungen-Erkenntnisse, Vol 1, (ed. H. Egermann), Wien, 1977, p. 57-60.

Dr. Şakir KÜÇÜKKÖMÜRCÜ  
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı  
BURSA