

Kürtaj yönetimi ve komplikasyonları

Dr. Selma Özkan



1967 yılında Balıkesir'de doğdu. Üsküdar Amerikan Kız Lisesi'nden (1985) ve İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu (1991). Mecburi hizmet sonrası 1993-1997 yılları arasında Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde uzmanlık eğitimini tamamladı. Halen Özel İstanbul Tıp Merkezi'nde Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı olarak çalışmaktadır. Mesleki ve sosyal sivil toplum kuruluşlarında gönüllü çalışmaları da olan Dr. Özkan, evlidir ve 3 çocuk annesidir.

Kürtaj, kelime olarak kazıma anlamına gelen "küretaj"dan gelir. Halk arasında kürtaj denince akla ilk olarak çocuk aldırma gelse de, tıbbi olarak başka amaçlarla da çok uygulanan bir işlemdir. Teşhis veya tedavi amaçlı olarak rahim içinden doku alınan tüm işlemler tıp dilinde küretaj olarak adlandırılır, hatta vücudun başka organlarında da kazıyarak yapılan bazı işlemler için aynı tabir kullanılmaktadır.

Gebelik sonlandırma için uygulanan kürtaj birkaç sebeple yapılmaktadır. Bunlar istenmeyen gebeliklerin sonlandırılması, anomalili gebeliklerin sonlandırılması ve anne karnında canlılığını yitirmiş ama henüz düşük olmamış gebeliklerin sonlandırılmasıdır.

Kürtaj nasıl bir işlemdir?

Kürtaj lokal veya genel anesteziyle yapılabilir. Lokal anesteziyle yapılıyorsa jinekolojik masaya yatırıldıktan sonra rahim ağzı çevresinde birkaç noktadan lokal anestezi enjeksiyonu yapılır. Birkaç dakika içerisinde yeterli anestezi elde edildikten sonra işleme başlanır. Genel anestezi uygulanıyorsa hasta midesi boş olarak (son 12 saat içerisinde yemek

yememiş) ameliyathaneye alınır. Yine jinekolojik masada pozisyon verildikten sonra işleme başlanır. Önce genital organlar dezenfekte edilir. Gebelik ürününün dışarıya kolayca alınabileceği açıklığı oluşturmak için rahim ağzı kanalı dilate edilir (genişletilir). Daha sonra çapları 4-10 mm arasında değişen plastik kanüller rahim içerisine yerleştirilir (Karman kanülü). Kanülün dışta kalan ucuna negatif basınç uygulayacak olan büyük bir enjektör takılır. Enjektörün düğmesi açılınca oluşan negatif basınçla rahim içindeki dokular enjektörün içine emilir. Daha sonra geride kalan son parçalar ortası delik bir kaşık şeklindeki keskin metal kürekle temizlenir ve işlem sonlandırılır.

6-7 haftadan büyük gebeliklerde kürtajla alınması gereken fetal ve plasental doku miktarı artmıştır. Enjektörle oluşan basınç bu dokuları rahim içinden sökmekte yetersiz kalmaktadır. Bu sebeple kanülün ucuna daha kuvvetli ve uzun süreli vakum oluşturacak elektrikli bir cihaz bağlanır. Bu şekilde oluşturulan vakum ile 10 haftaya kadar gebelikler rahim içinden aspire edilerek sonlandırılabilir.

10 haftadan büyük gebeliklerde fetüs biraz daha büyümüştür. Rahim ağzının

genişletilmesiyle oluşan açıklıktan fetüsün dışarı alınması mümkün olamaz, aletlerle yapılan zorlu dilatasyonu bu büyük fetüsün geçebileceği kadar arttırmak ise çok travmatik bir işlem olup, ileride servikal (rahim ağzı) yetersizliği oluşturmakta, tekrarlayan düşüklere neden olmaktadır. Bu sebeple 10 hafta ve daha büyük gebeliklerin sonlandırılmasında, daha az travmatik bir yöntem olan düşük yaptırtma yöntemi uygulanır. Burada birtakım ilaçlar veya solüsyonlarla rahimde sancı oluşturularak rahim ağzının açılması ve kürtaj işleminden önce düşüğün gerçekleşmesi sağlanır. Gebelik büyük olduğu için plasenta kısmen veya tam olarak içeride kalır. Kürtaj işlemi işte bu içeride kalan plasenta parçalarına uygulanır.

Kürtajın komplikasyonları

Her tıbbi işlem gibi kürtajın da bazı komplikasyonları olabilmektedir. Bunlar şöyle sıralanabilir:

Kanama: yüzde 12-21'inde kan transfüzyonu gerektirecek kanama olabilmektedir. Sebepleri rahim ağzı yırtıkları, plasenta parçalarının içeride kalması, rahim duvarının delinmesi, infeksiyon olabilir.

Kürtaj lokal veya genel anesteziyle yapılabilir. Önce genital organlar dezenfekte edilir. Gebelik ürününün dışarıya kolayca alınabileceği açıklığı oluşturmak için rahim ağzı kanalı genişletilir. Daha sonra çapları 4-10 mm arasında değişen plastik kanüller rahim içerisine yerleştirilir Rahim içindeki dokular enjektörün içine emilir. Daha sonra geride kalan son parçalar ortası delik bir kaşık şeklindeki keskin metal kürekle temizlenir ve işlem sonlandırılır.

DIC (yaygın damar içi pıhtılaşma): kürtaj sonrası oluşan ağır kanamalardan sonra gelişebilen bir tablodur. Aşırı fibrinojen ve pıhtılaşma faktörü kaybı sonucunda vücutta tüm kılcal damarlarda mikroskopik kanamalar oluşmasıdır. Çok hızlı ve agresif bir şekilde tedavi edilmezse ölümlerle sonuçlanabilecek bir durumdur. %0.08 oranında görülmektedir.

Emboli: yabancı bir maddenin damar içine kaçması sonucu (pıhtı veya amnios sıvısı gibi) akciğer damarlarının tıkanması ve oksijenizasyonun bozulmasıdır. Küçük damarlardan biri tıkanıldığında tıbbi tedavi ile geri dönüş olabilmektedir, ancak ana akciğer damarları tıkanırca ani ölüm görülebilir. Kürtajlardan sonra görülme sıklığı 1/10.000'dir.

Perforasyon: Rahim duvarı delinerek karın boşluğuna girilmesidir. Dilatasyon esnasında veya vakum cihazı ile aspirasyon esnasında olabilir. Perforasyon bölgesinde büyük bir damar varsa ciddi karın içi kanamalar olabilir veya vakum cihazı bağlıyken perforasyon gerçekleşirse karın içi organlar (bağırsak, omentum) vakum cihazına çekilerek organ yırtıkları, damar kopmaları olabilir. Çok ciddi bir durumdur. Bağırsak içeriğinin karına yayılması peritonit ve septik şoka, damar yırtılması ile oluşan

karın içi kanama hemorajik şoka kadar ilerleyebilir. Kürtajların %2,8'inde perforasyon şüphesi olmaktadır ancak yapılan bir çalışmada gerçek oranların %15'ler civarında olduğu laparoskopik olarak tesbit edilmiştir. Perforasyon vakalarının bir kısmı fark edilmemekte, daha sonra uzun dönem komplikasyonlara neden olmaktadır.

İnfeksiyon: kürtaj esnasında kullanılan aletlerle mikroplu bir bölge olan vajinadan steril bir bölge olan endometriuma mikrop bulaşır. Endometriten yaygın pelvik inflamatuvar hastalığa kadar değişik enfeksiyonlar ortaya çıkabilir. Sepsisten kısırlığa kadar ağır tablolar görülebilir. Kürtajların %27'sinde kısa veya uzun süreli enfeksiyonların ortaya çıktığı tesbit edilmiştir.

Yapışıklık (Asherman sendromu): kürtaj sırasında endometrium (rahim içini döşeyen epitel katmanı) fazla kazınırsa tekrar gelişemez ve açık bir yara haline gelir. İyileşme sürecinde rahmin karşı duvarına değdiği yerlerde lokal yapışmalar olur. Bu durum hem adet kanamasını çok azaltır, hem de bir gebelik oluşunca onun rahim içine yerleşmesine engel olur. 2000 kürtajdan 1'inde görülmektedir.

İnfertilite (kısırlık): kürtaj sonucunda oluşan enfeksiyonlar tüplerin tıkanmasına ve deformasyonuna sebep olabilir. Döllenmenin olduğu organ olan tüpler hasarlandığında yumurta ve spermelerin taşınması, döllenmesi bozulur, böylece bir gebeliğin oluşması mümkün olmayabilir. Ayrıca tüplerdeki hasar dış gebeliğe de sebep olabilir. Bunun yanında rahim içinde oluşan yapışıklıklar da embriyonun rahime yerleşmesine engel olarak kısırlığa yol açabilir. Kürtaj olanların %3-4'ünde görülmektedir.

Psikolojik komplikasyonlar: Kürtajdan sonraki birkaç hafta içinde yapılan çalışmalarda %40-60'ında negatif reaksiyonlar tespit edilmiştir. Kadınların %55'inde suçluluk duygusu, %44'ünde sinirlilik hali, %36'sında uyku bozuklukları, %31'inde pişmanlık hissi, %11'inde psikolojik ilaç kullanımı bildirilmiştir. Kürtaj sonrasındaki 90 gün içinde ciddi psikolojik hastalık için hospitalizasyon oranı normale nazaran %160 artmıştır.

Kürtaj sonrası görüşülen kadınlarda 100'den fazla majör reaksiyon bildirilmiştir. En sık görülenleri depresyon, değersizlik hissi, kendine zarar verme davranışları, uyku bozuklukları, hafıza kaybı, cinsel fonksiyon bozuklukları, evlilik sorunları, kişilik değişimleri, anksiyete, suçluluk hissi, şiddete eğilim, ağlama nöbetleri, konsantre olmama, hayattan zevk alamama, sonraki çocuklara bağlanamamadır.

Kaynaklar

"Abortion in Hawaii", *Family Planning Perspectives* (Winter 1973) 5(1):Table 8.

Ashton, "They Psychosocial Outcome of Induced Abortion", *British Journal of Ob&Gyn.* (1980), vol. 87, p1115-1122.

Clark SL, Hankins GDV, Dudley DA et al. Amniotic fluid embolism: analysis of the national registry. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 172: 1158-1169

Fried G, Östlund E, Ullberg C et al. Somatic complications and contraceptive techniques following legal abortion. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1989; 68: 515-521

Hâkim-Elahi E, Tovel HMM, Burnhill MS. Complications of first-trimester abortion: A report of 170,000 cases. *Obstet Gynecol* 1990; 76: 129-135

Hâkim-Elahi E. Postabortal amenorrhea due to cervical stenosis. *Obstet Gynecol* 1976; 48: 723-724

Hern WM. Serial multiple laminaria and adjunctive urea in late outpatient dilation and evacuation abortion. *Obstet Gynecol* 1984; 63: 543-549

Hodari AA, Peralta J, Quiroga PJ et al. Dilation and curettage for second-trimester abortions. *Am J Obstet Gynecol* 1977; 127: 850-854

Jacot FRM, Poulin C, Bilodeau AP et al. A five-year experience with second-trimester induced abortions: no increase in complication rate as compared to the first trimester. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168: 633-637

Kaali SG, Szigetvari IA, Bartfai GS. The frequency and management of uterine perforations during first trimester abortions. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 161: 406-408

Kafrissen ME, Barke MW, Workman P et al. Coagulopathy and induced abortion methods: rates and relative risks. *Am J Obstet Gynecol* 1983; 147: 344-345

Lichtenberg ES. Disseminated intravascular coagulopathy (DIC) in abortion practice: diagnosis and treatment. *Scientific paper presented at National Abortion Federation conference. New Orleans, LA: April 1995*

Pahl IR, Lundy LE. Experience with midtrimester abortion. *Obstet Gynecol* 1979; 53: 587-591

Reardon, *Aborted Women-Silent No More*, (Chicago: Loyola University Press, 1987).

Reardon, "Criteria for the Identification of High Risk Abortion Patients: Analysis of An In-Depth Survey of 100 Aborted Women", Presented at the 1987 Paper Session of the Association for Interdisciplinary Research, Denver.

Stallworthy, "Legal Abortion, A Critical Assessment of Its Risks", *The Lancet* (December 4, 1971) pp1245-1249.

Wilke, *Handbook on Abortion*, (Cincinnati, Hayes Publishing Co., 1979).

Wynn and Wynn, "Some Consequences of Induced Abortion to Children Born Subsequently", *British Medical Journal* (March 3, 1973), and *Foundation for Education and Research in Child Bearing* (London, 1972).