

Bölüm 3

KONTRASEPSİYON

Refika GENÇ KOYUCU¹

GİRİŞ

Amerika Birleşik Devletleri'nde meydana gelen tüm gebeliklerin yaklaşık % 45'i istenmeyen gebeliktir. Bu durum da olumsuz anne-bebek sağlığı için artmış riskler ve artmış sağlık bakım maliyetleri ile ilişkilidir (1). Günümüzde uzun etkili geri dönüşümlü kontrasepsiyon yöntemleri de dahil olmak üzere doğum kontrol yöntemleri için çok sayıda güvenli ve etkili seçenek vardır. Sağlık hizmeti sağlayıcıları kaliteli aile planlaması kapsamında, kanıta dayalı gelişmeleri takip edip bireysel farklı durumlar için en uygun ve güvenli yöntemi seçmek, uygulamak ve kontrollerini sağlamak durumundadırlar (1).

KONTRASEPTİF YÖNTEM SEÇİMİ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1995 yılında belirli sağlık koşullarında en uygun kontraseptif yöntemin seçimini sağlamak amacıyla "Kontraseptif Kullanımı İçin Tıbbi Uygunluk Kriterlerini (MEC)" geliştirmiştir. Bu kriter ve sınıflamanın besincisi 2015 yılında yayınlanmıştır. Bu sistemde her kontraseptif yöntemin güvenliği bireylerin tıbbi durumları bağlamında çeşitli hususlarla belirlenir; öncelikle, kontraseptif yöntemin tıbbi durumu kötüleştirip kötüleştirmedeği veya ek sağlık riskleri yaratıp yaratmadığı ve ikincil olarak, kontraseptif yöntemin etkinliği, var olan sağlık durumunun yöntem üzerine etkileri değerlendirilir (2).

Her tıbbi koşul için, kontraseptif yöntemler dört kategoriden birine yerleştirilir (Tablo 1). Bu koşullar arasında yaş, doğum sonrası hafta/ay, emzirme durumu, venöz tromboembolizm, yüzeysel venöz bozukluklar, dislipidemiler, puerperal sepsis, geçirilmiş ektopik gebelik, şiddetli kardiyovasküler hastalık öyküsü, migren, şiddetli karaciğer hastalığı, CYP3A4 enzim indükleyici ilaç kullanımı, teca-vüz, obezite, cinsel yolla bulaşan enfeksiyon (CYBE) riski, HIV enfeksiyonu riski, HIV pozitifliği ve antiretroviral tedavi kullanımı sayılabilir. Bireye bağlı olarak, kontraseptif uygunluğu belirlemek için birden fazla durumun birlikte düşünülmesi gerekebilir (2).

¹ Dr.Öğr.Üyesi, İstinye Üniversitesi, refika_genc@hotmail.com

Başarısızlık

Yöntemde gebelikle sonlanan başarısızlık oklüzyon sonrası herhangi bir dönem görülebilir. Laparoskopik yöntemde hayat boyu başarısızlık sıklığı 1/200'dür. Rekanalizasyon, fistülizasyon, mekanik tıkaçın yalnız yerleştirilmesi, optimal olmayan oklüzyonlar başarısızlık sebepleri arasında yer alır. Başarısızlık durumunda gelişebilecek gebeliklerin ektopik gebelik olma olasılığı konusunda kadınlar bilgilendirilmelidir (40).

Sterilizasyonun Uzun Dönem Sonuçları

Tubal oklüzyon, over kanseri riskinde artış ile ilişkili değildir. Kanıtlar, prosedürün zamanla devam eden over kanserine karşı koruyucu bir etkisi olabileceğini düşündürmektedir. Mevcut kanıtlar tubal oklüzyon ile servikal, endometrial, meme kanser riski arasında da bir ilişki olmadığını göstermektedir. Tubal oklüzyonu takiben kadınlarda cinsel sorunlara ilişkin kesitsel çalışmalar tubal oklüzyona sahip olmanın herhangi bir spesifik cinsel problemle ilişkili olmadığını bildirmiştir. Dahası, tubal oklüzyonun cinsel sonuçlar açısından bazı faydalarla ilişkili olabileceğini belirtmişlerdir. Sterilize edilmiş kadınların, sterilize edilmiş kadınlardan daha yüksek düzeyde cinsel ilişki ve ilişki memnuniyeti ve cinsel zevk yaşaması daha olasıdır (41). Tubal oklüzyonun hormon seviyelerinde önemli değişikliklere yol açtığına dair kanıt yoktur. Kadınlar tubal oklüzyondan sonra kötüleşen menstruasyon semptomlarını bildirebilirler, ancak nedensel bir etki olduğuna dair kanıt yoktur. Sterilizasyon işleminin geri çevrilmesinde yüksek reanostomoz sıklığı olabile de gebelik ile sonlanmayabilir ve in vitro fertilizasyon gerekebilir. Bu durum sterilizasyon öncesi kadınlara bildirilmelidir (37).

KAYNAKLAR

1. CDC (2010) US Medical Eligibility Criteria (US MEC) for Contraceptive Use Table of Contents. (19/011/2019 tarihinde <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/mmwr/mec/intro.html> adresinden ulaşılmıştır).
2. WHO (2015). Medical eligibility criteria for contraceptive use. (18/011/2019 tarihinde https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/181468/9789241549158_eng.pdf adresinden ulaşılmıştır).
3. Dragoman MV. The combined oral contraceptive pill-recent developments, risks and benefits. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2014;28:825–34.
4. FSRH (2019). FSRH Clinical Guideline: Combined Hormonal Contraception. (18/011/2019 tarihinde <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/combined-hormonal-contraception/> adresinden ulaşılmıştır).
5. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contraception 2011;83:397–404.
6. European Medicines Agency (2013). Benefits of combined hormonal contraceptives (CHCs) continue to outweigh risks. (19/011/2019 tarihinde https://www.ema.europa.eu/en/news/benefitscombined-hormonal-contraceptives-chcs-continue-outweigh-risks-chmp_endorsesprachormonal_contraceptives/European_Commission_final_decision/WC500160277.pdf adresinden ulaşılmıştır).

sinden alınmıştır).

7. Dinger JC, Heinemann LAJ, Kühl-Habich D. The safety of a drospirenone-containing oral contraceptive: final results from the European Active Surveillance Study on oral contraceptives based on 142,475 women-years of observation. *Contraception* 2007;75:344–54.
8. Lidegaard Ø, Løkkegaard E, Svendsen AL, et al. Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism: national follow-up study. *BMJ* 2009;339:b2890.
9. WHO (2015). WHO Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. 5th edition. 2015. (18/011/2019 tarihinde http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en/adresinden_ulaşilmiştir).
10. FSRH (2016). UK Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use (UKMEC). (19/011/2019 tarihinde <https://www.fsrh.org/ukmec/> adresinden ulaşılmıştır).
11. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Management of Premenstrual Syndrome: Green-top Guideline No. 48. *BJOG* 2017;124:e73–105.
12. Vercellini P, Buggio L, Berlanda N, et al. Estrogen-progestins and progestins for the management of endometriosis. *Fertil Steril* 2016;106:1552–1571.e2.
13. Casper RF. Progestin-only pills may be a better first-line treatment for endometriosis than combined estrogen-progestin contraceptive pills. *Fertil Steril* 2017;107:533–6.
14. Berlanda N, Somigliana E, Viganò P, et al. Safety of medical treatments for endometriosis. *Expert Opin Drug Saf* 2016;15:21–30.
15. Legro RS, Arslanian SA, Ehrmann DA, et al. Diagnosis and treatment of polycystic ovary syndrome: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2013;98:4565–92.
16. FSRH (2019) Intrauterine Contraception. (18/011/2019 tarihinde <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/ceuguidanceintrauterinecontraception/> adresinden ulaşılmıştır).
17. Ortiz ME, Croxatto HB. Copper-T intrauterine device and levonorgestrel intrauterine system: biological bases of their mechanism of action. *Contraception* 2007; 75(6 Suppl.): S16–S30.
18. Pakarinen PI, Lähteenmäki PL, Lehtonen E, et al. The ultrastructure of human endometrium is altered by administration of intrauterine levonorgestrel. *Hum Reprod* 1998; 13: 1846–1853.
19. Lewis RA, Taylor D, Natavio MF, et al. Effects of the levonorgestrel-releasing intrauterine system on cervical mucus quality and sperm penetrability. *Contraception* 2010; 82: 491–496.
20. Kulier R, Helmerhorst FM, O'Brien P, et al. Copper containing framed intra-uterine devices for contraception. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 4: CD005347.
21. O'Brien PA, Marfleet C. Frameless versus classical intrauterine device for contraception. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 1: CD003282.
22. FSRH (2010). Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. Contraception for Women Aged Over 40 Years. (21/011/2019 tarihinde <http://www.fsrh.org/pdfs/ContraceptionOver40July10.pdf> adresinden ulaşılmıştır).
23. Whiteman MK, Tyler CP, Folger SG, et al. When can a woman have an intrauterine device inserted? A systematic review. *Contraception* 2013; 87: 666–673.
24. FSRH (2002) UK Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use. 2002. (18/011/2019 tarihinde <http://www.fsrh.org/pdfs/archive/SelectedPracticeRecommendations2002.pdf> adresinden ulaşılmıştır).
25. WHO (2008). Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use: 2008 Update. (20/011/2019 tarihinde http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_RHR_08.17_eng.pdf?ua=1 adresinden ulaşılmıştır).
26. Venkataramanasetty R, Aburawi A, Phillip H. Streptococcal toxic shock syndrome following

- insertion of an intrauterine device – a case report. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2009; 14: 379–382.
27. Steer JA, Lamagni T, Healy B, et al. Guidelines for prevention and control of group A streptococcal infection in acute healthcare and maternity settings in the UK. *J Infect* 2012; 64: 1–18.
 28. Beining RM, Dennis LK, Smith EM, et al. Meta-analysis of intrauterine device use and risk of endometrial cancer. *Ann Epidemiol* 2008; 18: 492–499.
 29. Centres for Disease Control and Prevention (CDC). US Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2010; 59: 1–85.
 30. Langston AM, Joslin-Roher SL, Westhoff CL. Immediate postabortion access to IUDs, implants and DMPA reduces repeat pregnancy within 1 year in a New York City practice. *Contraception* 2014; 89: 103–108.
 31. Kapp N, Curtis KM. Intrauterine device insertion during the postpartum period: a systematic review. *Contraception* 2009; 80: 327–336.
 32. Brahmi D, Steenland MW, Renner RM, et al. Pregnancy outcomes with an IUD in situ: a systematic review. *Contraception* 2012; 85: 131–139.
 33. FSRH (2019). Progestogen-only Pills. (22/011/2019 tarihinde <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/cec-ceu-guidance-pop-mar-2015/> adresinden ulaşılmıştır).
 34. MacGregor EA. Contraception and headache. *Headache* 2013; 53: 247–276.
 35. FSRH (2014). Progestogen-only Injectable Contraception (19/011/2019 tarihinde <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/cec-ceu-guidance-injectables-dec-2014/> adresinden ulaşılmıştır).
 36. Kapp N, Gaffield ME. Initiation of progestogen-only injectables on different days of the menstrual cycle and its effect on contraceptive effectiveness and compliance: a systematic review. *Contraception* 2013; 87: 576–582.
 37. FSRH (2014). Progestogen-only Implants. (23/011/2019 tarihinde <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/cec-ceu-guidance-implants-feb-2014/> adresinden ulaşılmıştır).
 38. NICE (2013). Long-acting Reversible Contraception: The Effective and Appropriate Use of Long-acting Reversible Contraception. (22/011/2019 tarihinde <http://guidance.nice.org.uk/CG30> adresinden ulaşılmıştır).
 39. Lindsay P. Localised lipoatrophy at the site of Implanon® insertion. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2012; 35: 266.
 40. FSRH (2014). Male and Female Sterilisation. (18/011/2019 tarihinde <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/cec-ceu-guidance-sterilisation-cpd-sep-2014/> adresinden ulaşılmıştır).
 41. Smith A, Lyons A, Ferris J, Richters J, Pitts M, Shelley J. Are sexual problems more common in women who have had a tubal ligation? A population-based study of Australian women. *BJOG* 2010; 117: 463–468.