

YASAL GEBELİK TAHLİYESİNDE PROFİLAKTİK ANTİBİYOTİK KULLANIMI*

PROPHYLACTIC USE OF ANTIBIOTICS IN FIRST-TRIMESTER ABORTION

E. Zeynep Tuzcular Vural¹, Sevim Duman¹, Ülkü Taşkın², Eşref Yazıcıoğlu³

Özet

Gebelik tahliyesi sırasında rutin antibiyotik kullanımının gerekli olup olmadığı tartışma konusudur. Bu çalışmada gebelik tahliyesi isteyen 128 hasta 2 gruba ayrılarak incelendi. 1. gruptaki 64 hastaya cerrahi işlemden sonra doksisisiklin ve analjezik, 2. gruptaki 64 hastaya ise sadece analjezik verildi. Hastalar tahliyeden bir hafta sonra kontrole çağrıldı. Hastaların 107'si (%83.6) kontrole geldi. 1. grupta hiç enfeksiyon görülmedi. 2. gruptaki 4 hastada pelvik enfeksiyon gelişti (%6.8). Servikal ve vaginal kültür yapılmayan tüm hastalarda profilaktik antibiyotik kullanımının yararlı olduğu sonucuna varıldı.

Anahtar sözcükler: Gebelik tahliyesi, doksisisiklin, pelvik inflamatuvar hastalık

Summary

The use of prophylactic antibiotics for first-trimester abortion is controversial. In this study, 128 patients who were eligible for legal abortion were divided randomly into two groups. 64 patients in the first group received doxycycline and analgesics, and the remaining 64 patients in the second group received analgesics only. Patients were assessed after a week for postabortal pelvic infection. None of the patients in the first group developed pelvic infection and 4 patients in the second group (%6.8) were diagnosed as having pelvic inflammatory disease. It was concluded that antibiotic prophylaxis is necessary in patients in which cervical and vaginal cultures are not performed.

Key words: First-trimester abortion, doxycycline, pelvic inflammatory disease

Giriş

Pelvik inflamatuvar hastalık (PİD), gebelik tahliyesinin en sık görülen komplikasyonudur.^{1,2} Bu risk vajina ve serviks'in mikrobiyal florası ile yakından ilgilidir.³⁻⁶ Gebelik tahliyesi sonrasında PİD gelişme riskinin değişik toplumlarda %1-20 arasında değiştiği bildirilmektedir.⁶⁻⁹ Bu nedenle PİD riskini azaltmak amacıyla gebelik tahliyesi öncesinde profilaktik antibiyotik kullanımının yararlı olup olmadığı tartışma konusu olmuştur. Değişik araştırmacılar postabortal PİD riskini azaltmada penisilin/ampisilin¹⁰, metranidazol^{8,11,12}, eritromisin¹, ofloksasin⁷, 3. kuşak sefalosporinler^{6,11,17} ve doksisisiklinin^{2, 9,13} etkisini araştırmışlar ve değişik sonuçlar elde etmişlerdir. Biz bu çalışmada yasal gebelik tahliyesi sonrasında kullanılan doksisisiklin'in PİD insidansını azaltıp azaltmadığını araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem

Çalışmamızın materyalini Haydarpaşa Numune Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Aile Planlaması Ünitesine gebelik tahliyesi için başvuran ve rasgele seçilen 128 hasta oluşturuyordu. Jinekolojik muayenede ve son adet tarihine (SAT) göre 8 haftayı aşmayan gebeliği olan hastalar randevu verilerek rasgele iki gruba ayrıldı. 1. gruptaki 64 hastanın küretajdan 2 saat önce 200 mg doksisisiklin ve analjezik, 2. gruptaki 64 hastanın ise sadece analjezik alması istendi. Küretaj öncesinde vajina ve serviks povidon-iyot solüsyonu ile temizlendikten sonra Karman aspiratör ve kanüller yardımı ile gebelik sonlandırıldı. 1. gruptaki hastaların oral olarak günde 2 kez 200 mg doksisisiklin'i 7 gün süre ile kullanmaları, analjeziği ise ağrıları olunca almaları istendi. 2. gruptaki hastaların ise sadece analjezik kullanmaları önerildi.

* Bu çalışma II. Ulusal Aile Hekimliği Kongresinde tebliğ edilmiştir. (7-8 Aralık 1995, Ankara)

¹⁾ Haydarpaşa Numune Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Aile Hekimliği Uzmanı

²⁾ Haydarpaşa Numune Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Şef Muavini, Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı

³⁾ Haydarpaşa Numune Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Şefi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı

Tüm hastalara 10 gün süre ile cinsel pehriz tavsiye edildi. Enfeksiyöz morbidite tanısı aşağıdaki bulgu ve semptomların iki veya daha fazlasının pozitif olması durumunda kondu: 1) karın alt kadranında ağrı, hassasiyet; 2) uterus, adneks veya serviks hareketlerinde hassasiyet; 3) pürülan lökore; 4) 1500 / mm³ üstü lökositoz ; 5) 38°C üstü ateş (aksiller).^{6,9}

Bulgular

İncelenen hasta gruplarının özellikleri Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1 Hastaların demografik özellikleri

	Grup 1 n=64	Grup 2 n=64
Ortalama yaş (aralık)	28.8 (21-43)	29.3 (20-44)
Ortalama gebelik (aralık)	6.3 (2-14)	7.1 (3-15)
Ortalama doğum (aralık)	3.3 (0-7)	2.9 (0-6)
Ortalama gebelik tahliyesi (aralık)	2.7 (1-8)	3 (0-9)

Hastaların gebe kaldıkları dönemde kullandıkları kontraseptif yöntemler Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2 Hastaların kullandığı kontraseptif yöntemler

	n	%
Coitus interruptus	67	52.3
Kullanmıyor	32	25
Kondom	13	10.6
Oral kontraseptif	4	3.1
Kondom + spermisid	4	3.1
Takvim	3	2.3
Rahim içi araç (RİA)	3	2.3
Spermisid	2	1.6

Hastalar arasında en sık tercih edilen kontraseptif yöntem coitus interruptus olup (%52.3), hastaların %25’i herhangi bir yöntem kullanmadıklarını ifade etmekte idi.

Tablo 3’de kontrole gelen hastalarda pelvik enfeksiyon gelişme sıklığı izlenmektedir. Hastaların 107’si (%83.6) kontrole geldi. 1. gruptan 48 hasta kontrole geldi (%75) ve hiç bir hastada pelvik enfeksiyon görülmedi. 2. gruptan 59 hasta kontrole geldi (%92.2) ve 4 hastaya pelvik enfeksiyon tanısı kondu (%6.8).

Tablo 3 Hastalarda postabortal pelvik enfeksiyon sıklığı

	1. grup Doksisisiklin + analjezik	2. grup Analjezik
Pelvik enfeksiyon (+)	0	4
Pelvik enfeksiyon (-)	48	55
Toplam	48	59

Doksisisiklin kullanılan grupta 2 hastada bulantı (%4.2), 1 hastada kusma (%2.1) dışında yan etkiye rastlanmadı.

Tartışma

Gebelik tahliyesi geçiren her hastada PİD olasılığı düşünülerek gerekli tedbirler alınmalıdır. Tahliye işlemi öncesinde servikal kanalda *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Gardnerella vaginalis* gibi potansiyel patojenlerin varlığı postabortal PİD gelişme riskini artırır.^{1,3,4,5,8,14} Küretaj sırasında yapılan dilatasyon servikal kanal bariyerini ortadan kaldırarak bu patojen mikroorganizmaların asendan olarak uterus içine girmeleri dolayısıyla ile PİD gelişmesi riskini yükseltir.⁹ Paavonen’in yaptığı bir çalışmaya göre *C.trachomatis* veya *N.gonorrhoea* servisini bulunan kadınların %10-20’sinde PİD gelişmektedir.⁴ Bu oranın küretaj gibi cerrahi bir müdahale sonrasında artacağı açıktır. Sorensen ve arkadaşları yaptıkları iki ayrı çalışmada gebelik tahliyesi öncesi servikal kanalda *Chlamydia trachomatis* saptanan hastaların %43’ünde postabortal PİD geliştiğini¹ ve 24 ay süreyle gözlemlendiğinde bu riskin kümülatif olarak %72’ye yükseldiğini göstermişlerdir.¹⁵ Levallois ve arkadaşları küretaj öncesi *C.trachomatis* pozitif olan olgularda profilaktik olarak verilen 300 mg doksisisiklin’in postabortal PİD gelişmesini %80 oranında engellediğini saptamışlardır.²

Qvigstad ise yaptığı bir çalışmada *C.trachomatis*’in servikal kanalda bulunması halinde tahliye sonrası PİD gelişme riskini %20-25 olarak belirtmiştir.¹⁶ Servikal kanal’da *M.hominis*, *U.urealyticum*, *T.vaginalis*’in bulunması ise orda derecede PİD riski oluşturmaktadır.¹⁷ PİD’lerde kuldosentezle alınan pelvik sıvı ve tubo-ovaryal abselerde sıklıkla *M.hominis* ve *U.urealyticum* üretilmiştir. Abortus sonrası (tıbbi veya spontan) enfeksiyon gelişenlerin %7.8’inde *M.hominis* sorumlu bulunmuştur.¹⁸ *Gardnerella vaginalis* ve B grubu streptokoklar da PİD’de izole edilen etkenler arasındadır.¹⁹ PİD’lerin ortalama %30’unda ise anaeroblar ve/veya fakültatif bakteriler sorumludur.²⁰

PİD hem kısa vadede morbidite, hem uzun vadede meydana getireceği tubal hasar nedeniyle infertilite ve ektopik gebelik gibi sekellere yol açması dolayısıyla ile çok önemlidir.²¹ PİD gelişmesi her zaman dramatik bir tablo yaratmadığı için²² hasta tarafından önemsenmeyebilir. Atipik PİD sıklıkla *N.gonorrhoeae* dışı etkenler tarafından meydana gelir.^{17,23} Dolayısıyla ile bu etkenleri tanımak, küretaj öncesi hastaları ve eşlerini uygun antibiyotikler ile tedavi etmek, popülasyondaki enfekte kişi sayısını azaltmaya yardımcı olacaktır.²⁴ İdeal olarak gebelik tahliyesi öncesinde hastalarda servikal ve vajinal kültürlerin yapılması maddi açıdan külfetli görülürse de uzun vadede PİD ve sekellerinin tedavi giderlerini düşündüğümüz zaman bunun pahalı olmadığı anlaşılır.

Doksisiklin oral alınımından bir saat sonra iyi absorpsiyonu ve spesifik spektrumu ile uterus dokusunda etkisini göstermektedir.¹ Doksisiklinin *N.gonorrhoeae*, *C.trachomatis*, *E.coli* ve stafilokokların %90'ını eradike etmek için minimal bakterisidal konsantrasyonu 2.4 µg/ml'dir ve yarılanma ömrü 20 saattir. İn vitro deneylerde tetrasiklin ve ofloksasin *Chlamydia trachomatis*'i inhibe etmekte eşit derecede etkili görülseler de, pratikte ofloksasinin yarılanma ömrününün 6 saat olması 40 mg'lık tek doz ofloksasinin postabortal PİD riskini önlemede 400 mg'lık tek doz doksisiklinden daha az etkili olmasını açıklamaktadır.⁷

Bazı yazarlar doksisikline ait gastrointestinal yan etki insidansını oldukça yüksek bulmuşlardır.^{1,22} Biz doksisiklin kullanan hastalardan yalnızca 2'sinde (%4.2) bulantı, 1 hastada (%2.1) kusmaya rastladık. Yan etki oranının düşük olmasının gebelik tahliyesi işlemini genel anestezi değil de lokal anestezi altında yapmamız nedeni ile hastaların doksisiklini tok karnına alabilmelerine bağladık.

Doksisiklin özellikle genital traktus patojenlerini içine alan geniş aerobik ve anaerobik spektrumu ile uterus ve özellikle endometriumda efektif doku konsantrasyonuna ulaşmaktadır. Ayrıca uzun etkili oluşu, düşük maliyeti ve düşük toksisitesi gibi avantajları da mevcuttur.¹³

Kanada'da yapılan bir çalışmada enfeksiyon prevalansı %6-7'den fazla olduğunda servikal ve vaginal kültür yapmanın maddi açıdan zararlı olmadığı gösterilmiştir.²⁵ Biz çalışmamızın materyalini oluşturan olgularda böyle bir tarama uygulayamadık. Ancak doksisiklin kullanan grupta hiç enfeksiyon gelişmedi. Sadece analjezik kullanan grupta ise %6.8 oranında pelvik enfeksiyon tanısı kondu.

Sonuç olarak mümkün olduğunda gebelik tahliyesi isteyen hastalarda vajinal ve servikal kültürler yapılarak küretaj öncesi uygun tedavi verilmelidir. Mümkün olmayan durumlarda küretaj işleminden 1-2 saat önce verilen doksisiklinin enfeksiyonu önlemede etkili olduğunu saptadık.

Kaynaklar

1. Sorensen JL, Thranow I, Hoff G ve ark. A double-blind randomized study of the effect of erythromycin in preventing pelvic inflammatory disease after first trimester abortion. *Br J Obstet Gynecol* 1992; 99: 434-8.
2. Levallois P, Rioux JE. Prophylactic antibiotics for suction curettage abortion: Results of a clinical controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 158: 100-5.

3. Cassel GH, Cole BC. Mycoplasmas as agents of human disease. *N Eng J Med* 1981; 304: 80-9.
4. Paavonen J, Roberts PL, Stevens CE ve ark. Randomized treatment of mucopurulent cervicitis with doxycycline or amoxicillin. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 161: 128-35.
5. Sinel SKA, Schulz Kf, Lamprey PR ve ark. Preventing IUCD-related pelvic infection: the efficacy of prophylactic doxycycline at insertion. *Br J Obstet Gynecol* 1990; 97: 412-9.
6. Henriques CU, Wilken-Jensen C, Thorsen P ve ark. A randomised controlled trial of prophylaxis of post-abortion infection: ceftriaxone versus placebo. *Br J Obstet Gynecol* 1994; 101: 610-4.
7. Nielsal IK, Engdahl E, Larsen T. No effect of single dose ofloxacin on postoperative infection rate after first-trimester abortion. *Acta Obst Gynecol Scand* 1993; 72: 556-9.
8. Larsson P-G, Platz Christensen J-J, Thejls H ve ark. Incidence of PID after first-trimester legal abortion in women with bacterial vaginosis after treatment with metronidazole: A double-blind, randomised study. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 166: 100-3.
9. Prieto JA, Eriksen NL, Blanco JD. A randomised trial of prophylactic doxycycline for curettage in incomplete abortion. *Obstet Gynecol* 1995; 85: 692-6.
10. Sonne-Holm S, Heisterberg L, Hepjorn S ve ark. Prophylactic antibiotics in first-trimester abortion: a clinical, controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 1981; 139: 693-6.
11. Heisterberg L, Peterson K. Metronidazole prophylaxis in elective first-trimester abortion. *Obstet Gynecol* 1985; 65: 371-4.
12. Heisterberg L. Prophylactic antibiotics in women with a history of PID undergoing first-trimester abortion. *Acta Obstet Gynecol* 1987; 66: 15-8.
13. Darj E, Stralin E-B, Nilsson S. The prophylactic effect of doxycycline on postoperative infection rate after first-trimester abortion. *Obstet Gynecol* 1987; 70: 755-8.
14. Stacey CM, Munday PE, Taylor-Robinson D ve ark. A longitudinal study of PID. *Br J Obstet Gynecol* 1992; 99: 994-9.
15. Sorensen JL, Thranous S, Hoff G ve ark. Early and late-onset PID among women with cervical Chlamydia trachomatis infection at the time of induced abortion: a follow-up study. *Infection* 1994; 22(4): 242-6.
16. Qvigstad E, Skang K, Jerve F ve ark. PID associated with chlamydia trachomatis infection after therapeutic abortion. A prospective study. *Br J Venereal Disease* 1993; 59: 189-92.
17. Cohn M, Stewart P. Prevalence of potential pathogenesis in cervical canal before termination of pregnancy. *BMJ* 1992; 304: 1479.
18. Taylor-Robinson D, McCormack WM. The genital Mycoplasmas. *N Eng J Med* 1980; 302(18): 1003-10.
19. Davila G. Acute pelvic inflammatory disease. *Ob/Gyn Secrets*'de. Ed. Fredericson HL, Wilkins-Haug L. Philadelphia, Hanley and Belfus, Inc., 1994.
20. Jossens MOR, Schachter J, Sweet RL. Risk factors associated with PID of differing microbial etiologies. *Obstet Gynecol* 1994; 83: 989-97.
21. Hillis SD, Joesoef R, Marchbanks PA ve ark. Delayed care of pelvic inflammatory disease as a risk factor for impaired fertility. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168: 1503-9.
22. Grimes DA, Schulz KF, Cates W. Prophylactic antibiotics for curettage abortion. *Am J Obstet Gynecol* 1984; 150: 689-94.
23. Cetes W, Joesoef MR, Goldman MB. Atypical pelvic inflammatory disease: Can we identify clinical predictors? *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169: 341-6.
24. Blackwell AL, Thomas PD, Wareham K ve ark. Health gains from screening for infection of lower genital tract in women attending for termination of pregnancy. *Lancet* 1993; 342: 206-10.
25. Asin JD, Nahorst RR, Thijs CJ ve ark. Routine testing for Chlamydia trachomatis on Cura-çao, Netherlands Antilles. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169: 375-8.

Geliş tarihi: 02.03.1996

Kabul tarihi: 09.02.1997

İletişim adresi:

Uz. Dr. E. Zeynep Tuzcular Vural

Eminbey Sok. Badem Sitesi, A-2 Blok D:1

Acıbadem 81020 İSTANBUL

Tel: (0216) 326 03 39