

İntraabdominal Rahim İçi Aracın Laparoskopik Çıkarımı: Olgu Sunumu

Emel Peri CANBOLAT*, Nevin SAĞSÖZ, Volkan NOYAN**,
Aykan YÜCEL**, Gülsüm Yıldız SERBEST*****

* Şanlıurfa Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi, Şanlıurfa

** Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Kırıkkale

*** Kırklareli Devlet Hastanesi, Kırklareli

Özet:

Ülkemizde en sık kullanılan kontraseptif yöntem olan RİA'nın takılması sırasında veya kullanımında bazı komplikasyonlar görülebilmektedir. Bu komplikasyonlar arasında belkide en önemlisi, uterus perforasyonu ve RİA'nın uterin kavite dışına disloke olmasıdır. Nadir görülen uterus perforasyonunun tanısında pelvik USG ve x - ray grafinin birlikte kullanılması gerekir. Organ yaralanması durumuna ve cerrahın tecrübesine göre laparoskopi veya laparotomi tercih edilebilir. Bu çalışmada, intraabdominal RİA olgusunun laparoskopik çıkarımı tartışılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Rahim içi araç, uterin perforasyon, laparoskopi

Laparoscopic Extraction of Intraabdominal Intrauterine Device: Case Report

Abstract:

During insertion or utilization of the IUD, the most frequently used contraceptive method in our country, can be observed some complications. Perhaps the most important of these complications are, uterine perforation and dislocation of IUD outside of the uterine cavity. In the diagnosis of this rare uterine perforation, pelvic ultrasound and x - ray radiography must be used together. According to the situation of organ injury and the surgeon's experience laparoscopy or laparotomy may be preferred. In this study, the phenomenon of intra-abdominal laparoscopic extraction of IUDs will discuss.

Key Words: Intrauterine device, uterine perforation, laparoscopy

Giriş

Rahim içi araç (RİA) günümüzde yaygın olarak kullanılan güvenli, uzun dönem etkili ve ekonomik kontraseptif bir yöntemdir (1). RİA kullanımı gelişmiş ülkelerde % 9.4, gelişmemiş ülkelerde % 16.5 olarak bildirilmiştir (2). Uygulaması kolay bir yöntem olan RİA takılması esnasında, uterin perforasyon istenmeyen bir komplikasyon olarak karşımıza çıkabilmektedir. Güvenli olarak kullanılmalarına rağmen nadiren RİA uygulamalarından sonra uterin perforasyon ve RİA'nın uterusa komşu yapılara ve intraabdominal bölgeye migrasyonu görülmekte ve migrasyon organlara zarar verme riski taşımaktadır. Uterin perforasyonu ve RİA migrasyon riski 0.05 - 13 /1000 uygulama arasında bildirilmiştir (3). Migrate olan RİA komşu organ yaralanmalarına (barsak ve mesane) ve peritonite sebep olabilir. Peritoneal kavitede oluşturduğu yapışıklıklar infertilite, kronik pelvik ağrı ve intestinal obstrüksiyona yol açabilir (4). İntraabdominal kayıp RİA olguları ciddi

morbidite ve mortaliteye sebep olan bir durum olup, dikkatli bir şekilde yönetimi yapılmalıdır (5). Laparoskopi uygun hastalarda etkili bir tedavi yöntemidir (6). Bu çalışmada, uterin perforasyon sonucu sol adneks ve sol uterus yan duvarı arasında konglomere kitle oluşturan RİA olgusunun, pelvik ağrı şikayeti ile gelmesinden sonra tanının ultrasonografi ve abdominal grafi ile konulması ve kayıp RİA'nın laparoskopik olarak çıkarılması sunulacaktır.

Olgu Sunumu

19 yaşında, gravida 2, parite 2, yaşayan 2, özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik yok. Yaklaşık 1 ay önce dış merkezde RİA takılan hastanın RİA takıldıktan 3 gün sonra karın ağrısı başlamış. Tekrar aynı merkeze başvuran hastaya RİA'sının kaymış olduğu söylenip polikliniğimize RİA + Uterus perforasyonu ? ön tanısıyla sevk edilmiş. Hastanın anamnezinden postpartum 45. günde olduğu öğrenildi. Karın ağrısı şikayeti olan

Olgu Sunumu

olgununun yapılan fizik muayenesinde jinekolojik bakıda RİA ipleri görülemedi. Ultrason incelemelerinde (transabdominal ve transvajinal) uterusun retrovert olduğu ve RİA'nın uterin kavite içinde olmadığı görüldü. Uterus korpus posterior ile douglas arasında uterusu bitişik RİA hiperekojenitesi ile uyumlu alan izlendi. Kayıp RİA'nın yerinin belirlenmesi amacıyla yapılan abdomino-pelvik X-ray görüntülemesinde RİA'nın abdomene disloke olduğu görüldü. Hastaya laparoskopi planlandı. Laparoskopide sol adnexial alanda sol over ile sol tuba ve uterus sol yan duvarının oluşturduğu konglomere kitle görünümü izlendi. RİA görülemedi. Adezyonlar keskin ve künt diseksiyonla açılarak sol over ve tuba uterusun serbestleştirildi. RİA'nın uterusun solunda istmik bölgeden myometriumu perforate edildi gözlemlendi (Resim 1). RİA kolundan tutularak çekildi ve batından çıkarıldı. Postop dönemi normal olan hasta 2. gününde taburcu edildi.



Resim 1. Batına migrate olan RİA'nın laparoskopi görüntüleri

Tartışma

Rahim içi araç (RİA), tüm dünyada yaygın olarak kullanılan, kontraseptif yönden oldukça etkin, düşük maliyetli, uzun dönem kullanılabilen ve aynı zamanda reversibl bir kontraseptif yöntemdir (7, 8). Ancak RİA kullanımıyla ilgili pelvik enflamatuvar hastalık, genital enfeksiyona sekonder infertilite, spontan ve septik abortuslar, barsak yaralanmaları, vesikouterin fistüller ve endometrial adenokarsinom bildirilmiştir. Diğer komplikasyonları ise dismenore, hipermenore, ağrı, pelvik enfeksiyon, ektopik gebelik, uterin rüptür ve komşu organlara migrasyon olarak bildirilmiştir (9 - 14). RİA'ya bağlı uterin perforasyon, nadir rastlanan ancak ciddi boyutlara ulaşabilen morbidite ve mortalite riski nedeniyle önemli bir komplikasyondur (5). RİA uygulamasına bağlı uterin perforasyon ve olası komşu organ yaralanmalarına bağlı risk faktörleri, uygulamayı yapan sağlık personelinin tecrübesi kadar, uterusun boyut ve anatomik pozisyonuna ve uygulama zamanına da bağlıdır (5, 15 - 17). Puerperiumda uterus duvarı ince olduğu için perforasyon riski artmaktadır. RİA'ya bağlı uterus perforasyonlarının genellikle doğum sonrası 0 - 3. aylar arasında olduğu bildirilmekte ve doğum sonrası altıncı ayda RİA yerleştirilmesi önerilmektedir (18). Ayrıca konjenital uterin anomali, pelvik enfeksiyon, eski operasyon varlığında RİA takılması sırasında perforasyon olabilir. Başka bir neden de uterin kontraksiyonlar ve RİA'nın uterus duvarında nekroz oluşturması sonucu perforasyon olabilir (15, 19, 20). Ayrıca retrovert veya retrofleks uterusu sahip olmakta perforasyon riskini artırır. Olgumuz postpartum 45. gününde ve retrovert uterusu sahipti. Uterin perforasyon asemptomatik olabileceği gibi vajinal kanama, karın ağrısı ve disloke olan RİA'ya bağlı klinik belirtiler verebilmektedir. Özellikle disloke RİA da abdominal ağrı, intermittan ateş ve diare varlığı olası barsak yaralanmasının göstergesi olabilir (21, 22). RİA'ya bağlı meydana gelen uterin perforasyon olgularının %85'inde herhangi bir organ yaralanması olmamakta, geriye kalan kısımda ise çoğunlukla bağırsaklar olmak üzere komşu batın içi organlarda yaralanma ve komplikasyonlar görülebilmektedir (23). Migrate RİA'nın tanısı klinik, sonografik, radyolojik (abdominopelvik x-ray) ve laparoskopik konulabilir. Detaylı anamnez, ultrasonografik inceleme ve abdominopelvik x-ray genellikle tanıya yeterlidir (19, 20, 24, 25). Jinekolojik muayenede RİA iplerinin görülememesi uterin perforasyon ve RİA dislokasyonu açısından uyarıcı olmalıdır (23). X-ray grafiler ve ultrason incelemeleriyle disloke RİA görüntülenebilir fakat çoğu kez RİA'nın komşu organlarla olan ilişkisi tanımlanamamaktadır. Bu konuda BT veya MRI gibi daha ileri görüntüleme yöntemleri faydalı olabir de, çoğu olgu abdominal RİA'nın

Olgu Sunumu

çıkartılması amacıyla gerçekleştirilen laparotomi veya laparoskopik prosedürleri sırasında tanı almaktadır. Ekstrauterin, intraabdominal RİA olgularında laparoskopik RİA'nın çıkarılmasında birinci seçenektir (26). Eğer bağırsak perforasyonu veya sepsis bulguları varsa laparotomi seçilmelidir. İntraabdominal yerleşimli disloke RİA olgularında, oluşabilecek intraperitoneal adezyon ve komşu organ yaralanmaları nedeniyle RİA'nın çıkarılması önerilmektedir(27). Genellikle RİA uygulamaları sırasında meydana gelen uterus perforasyonunun önlenmesi için, RİA'yı uygulayan sağlık personelinin yeterli eğitimi almış olması gerekir. Ayrıca RİA uygulanmadan önce ve sonra yapılan pelvik muayene ve ultrason perforasyon riskini azaltmak için önemlidir. Sonuç olarak RİA uygulanması sırasında ve sonrasında gelişen uterin perforasyon ciddi bir komplikasyondur. İntraabdominal RİA'nın laparoskopik çıkarımı uygun ve etkili bir yaklaşımdır.

Kaynaklar

1. Bilian X. Intrauterine device. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2002; 16: 155 - 168.
2. United Nations. World contraceptive use 2007. New York, NY: United Nations, Population Division, Dept. of Economic and Social Affairs; 2008.
3. Grimaldi L, DeGeorgio F, Andreotta P, D Alessio MC, Piscicelli C, Pascali VL. Mediolateral aspect of an unusual uterine perforation with multiload-Cu 375 R. *Am J Forensic Med Pathol* 2005; 26: 365 - 366.
4. Tuncay YA, Tuncay E, Güzin K, Öztürk D, Ömürçan C, Yücel N. Transuterine migration as a complication of intrauterine contraceptive devices: six case reports. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2004; 9: 194 - 200.
5. Pirwany IR, Boddy K. Colocolic fistula caused by a previously inserted intrauterine device. Case report. *Contraception* 1997;56: 337 - 339.
6. Özgün MT, Batukan C, Serin IS, Özçelik B, Başbuğ M, Dolanbay M. Surgical management of intraabdominal mislocated intrauterine devices. *Contraception* 2007; 75: 96 - 101.
7. Mosher WD, Pratt WF. Contraceptive use in the United States, 1973-88. *Patent Educ Couns* 1990; 16: 163-172.
8. Cheng D. The intrauterine device: still misunderstood after all these years. *South Med J* 2000; 93: 859 - 864.
9. Thomalla JV. Perforation of urinary bladder by intrauterine device. *Urology*. 1986; 27: 260-4.
10. El-Diasty TA, Shokeir AA, el-Gharib M. Bladder stone: a complication of intravesical migration of Lippes loop. *Scand J Urol Nephrol* 1993; 27: 279 - 280.
11. Lu HF, Chen JH, Chen WC. Vesicle calculus caused by migrant intrauterine device. *AJR Am J Roentgenol* 1999; 173: 504 - 505.
12. Grimes DA. Intrauterine device and upper-genital-tract infection. *Lancet* 2000; 356: 1013 - 1019.
13. Dietrick DD, Issa MM, Kabalin JN. Intravesical migration of intrauterine device. *J Urol* 1992; 147: 132-134.
14. Yalçın V, Demirkesen O, Alici B. An unusual presentation of a foreign body in the urinary bladder: A migrant intrauterine device. *Urol Int* 1998; 61: 240 - 242.
15. Ohana E, Sheiner E, Leron E, Mazor M. Appendix perforation by an intrauterine contraceptive device. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2000; 88: 129 - 131.
16. Andersson K, Ryde-Blomqvist E, Lindell K, Odland V, Milsom I. Perforations with intrauterine devices. Report from a Swedish survey. *Contraception* 1998; 57: 251-55.
18. Heartwell SP, Schlesselman S. Risk of uterine perforation among users of intrauterine devices. *Obstet Gynecol* 1983; 61: 31 - 36.
19. Çalışkan E, Öztürk N, Dilbaz B, Dilbaz S. Analysis of risk factors associated with uterine perforation by intrauterine devices. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2003; 8: 150 - 155.
20. Dilbaz B, Çalışkan E, Aykan B, Dilbaz S, Gelişen O, Haberal A. Abdominal translocation of intrauterine contraceptive devices; diagnosis, complications and management. *Gynecol Obstet Reprod Med* 2001; 7: 238-241.
21. Broso PR, Buffetti G. The IUD and uterine perforation. *Minerva Ginecol* 1994; 46: 505-9.
22. Chen CP, Hsu TC, Wang W. Ileal penetration by a Multiload- Cu 375 intrauterine contraceptive device. A case report with review of the literature. *Contraception* 1998; 58: 295-304.
23. Key TC, Kreutner AK. Gastrointestinal complications of modern intrauterine devices. *Obstet Gynecol* 1980; 55: 239-244.
24. Zakin D, Stern WZ, Rosenblatt R. Complete and partial uterine perforation and embedding following insertion of intrauterine devices. I. Classification, complications, mechanism, incidence and missing string. *Obstet Gynecol Surv* 1981; 36: 335-353.
25. Gonzalvo PV, Lopez GLM, Aznar SG. Uterine perforation and vesical migration of intrauterine device. *Acta Urol Esp* 2001; 25: 458-461.

Olgu Sunumu

26. Bacha K, Ben AM, Ben HL, Ghaddab S, Ayed M. Intrauterine device migrating to the bladder. Prog Urol 2001; 11: 1289 – 1291.
27. Demir SC, Çetin MT, Ucunak IF, Atay Y, Toksoz L, Kadayıfci O. Removal of intra-abdominal intrauterine device by laparoscopy. Eur J Contracept Reprod Health Care 2002; 7: 20 - 23.
28. Silva PD, Larson KM. Laparoscopic removal of a perforated intrauterine device from the perirectal fat. J Soc Laparosc Surg 2000; 4: 159 - 162.

Sorumlu yazar:

Emel Peri Canbolat

Adres: İpek Yolu Cad. Bağlarbaşı Mah.
Şanlıurfa Kadın Hastalıkları ve Doğum
Hastanesi

Mail adresi:dremelperi@hotmail.com