

SİGMOİD KOLONDA RAHİM İÇİ ARAÇ: NADİR GÖRÜLEN OLGU

INTRAUTERIN DEVICE IN SIGMOID COLON: A RARE CASE REPORT

Esin KASAP¹, Berrin KORKUT¹, Mine GENÇ¹, Nur ŞAHİN¹, Gülizar Arzu TURAN¹

¹Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D, Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi, İZMİR

ÖZET

Rahim içi araçlar (RİA), gelişmekte olan ülkelerde en sık kullanılan kontrasepsiyon yöntemidir. RIA uygulamaları sırasında görülen en ciddi komplikasyon uterus rüptürüdür ve 1-3/1000 oranında görülmektedir.

32 yaşında olan hastamızın 2 gebeliği ve 2 sezeryan operasyon öyküsü mevcuttu. Yaklaşık 1 yıl önce sezeryan doğumdan 2 ay sonra hastaya dış merkezde Cooper-T RİA uygulaması yapılmıştı. Hastanın jinekolojik muayenesinde RİA iplerinin gözlenmediği tespit edildi. Direk grafisinde RİA'nın pelvis yerleşimli olduğu tespit edildiğinden hastaya laparotomi kararı alındı. Hastaya yapılan laparotomi RİA'nın sigmoid kolon içinde (kısmen seroza kısmen lümende) olduğu tespit edildi. Sigmoid kolon serozası açıldı ve RİA'nın sigmoid kolondan dikkatlice çıkartılması sonrası barsak segmenti 3/0 ipek ile kapatıldı.

Sonuç olarak RİA kullanımı birçok faydasına karşın uygulaması potansiyel olarak riskler içeren bir yöntemdir. RİA taktırma öyküsü olan ve muayenede RİA ipi görülmeyen hastalarda mutlaka RİA lokalizasyonu belirlenmelidir. Uterin kavitede RİA görülmeyen hastalarda uterus perforasyonu akılda tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler: rahim içi araç, sigmoid kolon

ABSTRACT

Intrauterine devices(IUD) is the most common contraceptive method in developing countries. The most serious complication of IUD application is uterine rupture with an incidence rate of 1-3/1000.

A 32-year-old woman with 2 previous pregnancies and 2 deliveries by caesarean section presented to our institution. She had undergone Cooper-T IUD application 2 months after a cesarean section 1 year ago. On gynecological examination the IUD strings could not be visualized. A plain X-Ray showed an IUD with pelvic location. Thus, a laparotomy was performed. IUD was located in the sigmoid colon (partially in serosa and lumen). The sigmoid colon serosa was opened, the IUD was removed from the sigmoid colon with care, and the affected colonic segment was closed with 3/0 silk.

To conclude, despite its benefits, IUD application potentially carries some risks. IUD location should be definitely clarified in patients who have a history of IUD insertion and no IUD strings visible. Uterine perforation should be remembered in patients with no IUD visible in the uterine cavity.

Key words: Intrauterine devices, sigmoid colon

Yazının alınma tarihi: 27.11.2014, Kabul tarihi: 20.03.2015, Online basım: 01.04.2015

Yazışma Adresi

Dr. Esin KASAP

Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D, Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi, İZMİR

Adres: Fevzipaşa Bulvarı No:172/2, 35240, Basmane/İzmir

Email: dresincelik@windowslive.com

Tel: +90-232-4460880

Fax: +90-232-4460770

GSM: +90-505 455 40 33

GİRİŞ

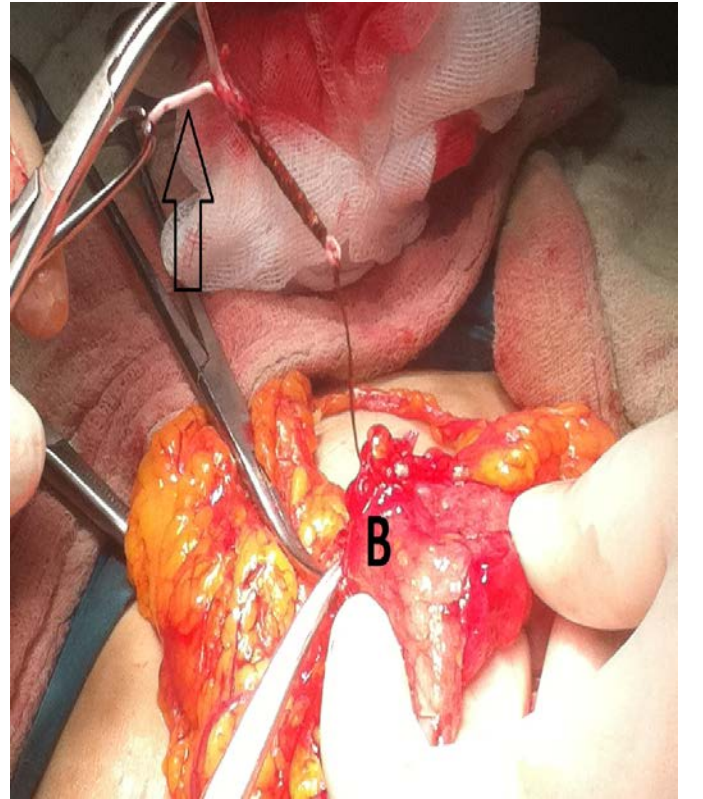
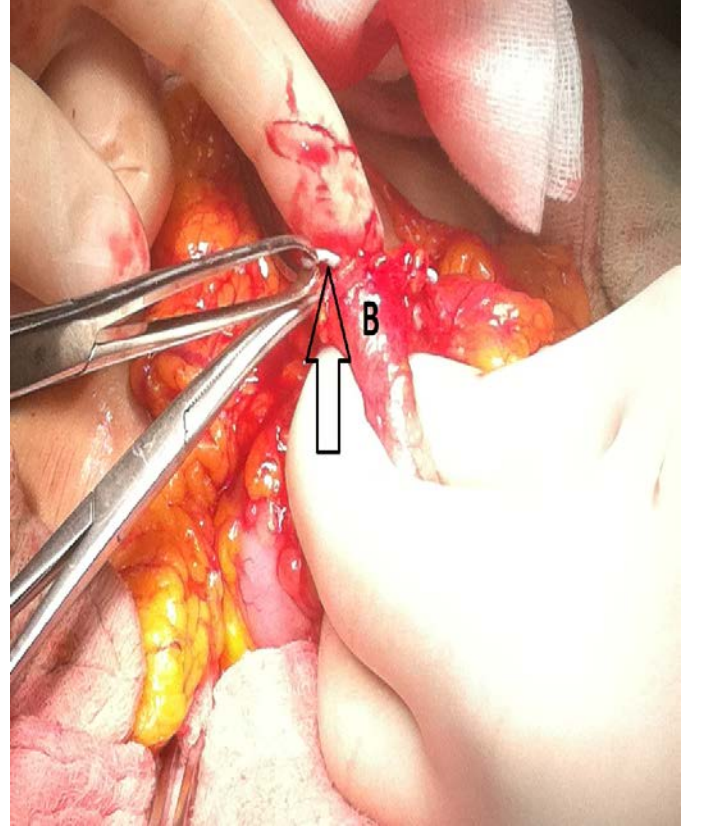
Rahim içi araçlar (RİA), gelişmekte olan ülkelerde en sık kullanılan kontrasepsiyon yöntemidir. (1) Yüksek etkin korumanın yanı sıra özellikle levonorgestrel-çeren RİA lar, menoraji ve dismenorenin tedavisinde alternatif olarak sunulmaktadır.(2-3).Cu-çeren rahim içi araçlar ise özellikle hormonal etki istemeyen bayanlar arasında tercih edilmektedir. RİA uygulamaları sırasında görülen en ciddi komplikasyon uterus rüptürüdür ve 1-3/1000 oranında görülmektedir(4).

OLGU

32 yaşında olan hastamızın 2 gebeliği ve 2 sezeryan operasyon öyküsü mevcuttu. Yaklaşık 1 yıl önce sezeryan doğumdan 2 ay sonra hastaya dış merkezde Cooper-T RİA uygulaması yapılmıştı. Hastanın işlem sırasında herhangi bir ağrısı veya işlem sonrasında herhangi bir şikâyeti olmamıştı. Hastamız vaginal kötü kokulu akıntı ve alt abdominal ağrı şikâyeti ile kliniğimize müracaat etti.Hastamız RİA uygulamasından sonra herhangi bir şikâyeti olmadığı için kontrole gitmediğini ifade etti. Hastanın jinekolojik muayenesinde uterusun normal boyutlarda olduğu ve serviksin normal görünümde olduğu ancak RİA iplerinin gözlenmediği tespit edildi. Hastaya yapılan transvajinal ultrasonografisinde uterus ve adneksler normaldi ancak uterus içinde RİA ekojenitesi gözlenemedi. Direk grafisinde RİA'nın pelvis yerleşimli olduğu tespit edildiğinden hastaya laparotomi kararı alındı.(Resim 1) Hastaya yapılan laparotomi sırasında sigmoid kolon ile uterus posterior duvarı arasında yapışıklık olduğu saptandı ve bu yapışıklık disseke edildi. RİA'nın sigmoid kolon içinde (kısmen seroza kısmen lümeninde) olduğu tespit edildi. Sigmoid kolon serozası açıldı ve RİA'nın sigmoid kolondan dikkatlice çıkartılması sonrası barsak segmenti 3/0 ipek ile kapatıldı. (Resim 2,Resim 3). Ameliyat sonrası dönemde komplikasyon gelişmeyen hasta taburcu edildi.



Resim 1: Direkt grafide rahim içi aracın görülmesi (beyaz ok)



Resim 2-3: Operasyon esnasında rahim içi aracın yerinin belirlenmesi (siyah ok) B: Barsak

TARTIŞMA

RİA lar tüm dünyada etkin ve uzun süreli koruma özelliklerinden dolayı yaygın olarak kullanılan kontrasepsiyon yöntemidir. RİA ların uzun dönem kullanımına bağlı olarak pelvik adezyon, pelvik abse, pelvik inflamatuvar hastalık ve uterus perforasyonu görülmektedir. Uterus dışına çıkan RİA lar ince barsak adezyonundan dolayı barsak rezeksiyonu nuna neden olabilir (5), yine dizüri şikayeti araştırılınca mesanesinde RİA bulunan (6) hastalar rapor edilmiştir. Bu komplikasyonlar dan kaçınmak için RİA takılma aşamasında öncelikle uygun hasta seçimi önemlidir. Ayrıca uygulamayı yapacak kişinin tecrübeli bir sağlık personeli olması ve sonrasında düzenli kontrollerin yapılması da çok önemlidir.

Çalışkan ve ark.uterus perforasyonları için risk faktörlerini analiz ettikleri çalışmalarında doğum sonrası 0-3. aylar arasında RİA yerleştirmenin perforasyon riskini arttırdığını tespit etmişler ve doğum sonrası altıncı ayda RİA yerleştirilmesini önermişlerdir (1). Hastamızın öyküsünde doğum sonrası ikinci ayında dış merkezde uygulama sonrası gelişen perforasyon belirtilen risk faktörlerinin önemini ortaya koymaktadır. Genellikle kayıp RİA tanısı ipinin görülemediği üzerine konmaktadır. Bu hastalarda tanı yöntemi olarak ultrasonografi güvenli, uygun ve non-invaziv bir yöntemdir. Bunun yanında RİA'nın endometrial kavitede olup olmadığını da kolayca görüntüle memize olanak sağlamaktadır. Tanısal olarak diğer radyolojik yöntemler ise (abdominal X-ray, Computerize Tomografi ya da Magnetic Resonance Görüntüleme) ultrasonografinin yetersiz kaldığı durumlarda tercih edilmektedir(7).

Çoğu yazar; batin içine yer değiştirmiş RİA ların, batin içi adezyon, bağırsak obstrüksiyonu, enfeksiyon ve sepsis gibi komplikasyonlara neden olmalarından dolayı çıkartılmaları gerektiğini bildirmişlerdir(8). Bizde hastamızda RİA'nın batin içerisinde serbest olarak bulunmasından dolayı, bağırsak obstrüksiyonu ve sepsis gibi mortal komplikasyonlardan kaçınmak amacıyla cerrahi tedaviyi tercih ettik. Teknik olarak ise uterus ve bağırsak tamirine kolaylıkla izin vermesi nedeniyle açık teknik tercih ettik.

Sonuç olarak RİA kullanımı birçok faydasına karşın uygulaması potansiyel olarak riskler içeren bir yöntemdir. RİA yerleştirilmeden önce hastanın enfeksiyon varlığı, uterus pozisyonu değerlendirilmeli, tam pelvik muayenesi yapılmalı ve gebelik olmadığından emin olunmalıdır. İşlemden sonra RİA'nın uterin kavitede olup olmadığı kontrol edilmelidir. RİA taktırma öyküsü olan ve muayenede RİA ipi görülmeyen hastalarda mutlaka RİA lokalizasyonu belirlenmelidir. Uterin kavitede RİA görülmeyen hastalarda uterus perforasyonu akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

- 1) Caliskan E, Ozturk N, Dilbaz BO, et al. Analysis of risk factors associated with uterine perforation by intrauterine devices. *Europ J Contracept Reprod Health Care* 2003; 8(3): 150-5.
- 2) Andersson K, Mattson LK, Rybo G, Stadberg E. Intrauterine release of levonorgestrel—a new way of adding progestogen in hormone replacement therapy. *Obstet Gynecol* 1992; 79(6): 963–7.
- 3) Milsom I. The levonorgestrel-releasing intrauterine system as an alternative to hysterectomy in perimenopausal women. *Contraception* 2007; 75(6 supp): 152–4.
- 4) Mulayim B, Mulayim S, Celik NY. A lost intrauterine device. Guess where we found it and how it happened? *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2006; 11(1): 47–9.
- 5) Sajjad Y, Selvan G, Kirwan JM, Kingsland CR: Gynaefix frameless IUD: Cause of bowel resection. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2006; 11(3):241-2.
- 6) Mahmutyazicioglu K, Ozdemir H, Ozkan P: Migration of an intrauterine contraceptive device to the urinary bladder: sonographic findings. *J Clin Ultrasound* 2002; 30(8): 496-8.
- 7) Sun CC, Chang CC, Yu MH: Far-migrated intra-abdominal intrauterine device with abdominal pain. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2008; 47(2):244-6.
- 8) Disu S, Boret A. Asymptomatic ileal perforation of an intrauterine device. *Arch Gynecol Obstet* 2004; 269(3): 230-1.