

Bir Intraabdominal RİA Olgusu Nedeniyle RİA Komplikasyonları

T. Yardım^a, L. Kıvrıkoğlu^b, Ş. Karahasan^c

^a Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hast. ve Doğum Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.
(Doç. Dr.) EDİRNE

^b Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hast. ve Doğum Anabilim Dalı (Araştırma Gör.)
EDİRNE

^c Trakya Üniversitesi Tıp Fak. Kadın Hast. Anabilim Dalı (Araştırma Gör.) EDİRNE

ÖZET :

Kontrasepsiyon yöntemleri arasında en çok taraftar toplayanlarından biri olan Rahim İçi Araç (RİA) uygulaması bazı komplikasyonları da beraberinde getirmektedir. Semptomların süresine bakılırsa yaklaşık 8 yıldır intraabdominal taşınan bir RİA (Lippes Loop) nedeniyle komplikasyonları gözden geçirdik.

SUMMARY :

Among the Contraception Methods, IUD insertion is one of the most popular form. But IUD insertion brings some complications with itself. By means of a case of intraabdominal IUD (according to symptoms it's lasted about 8 years), we reviewed the complications of IUD.

GİRİŞ :

Yaklaşık 50 yıl kadar önce Graafenberg ilk kez uterus içine konan metal bir halka ile kontrasepsiyon yapılabileceğini göstermiştir. Aradan geçen süre içinde hem bu halkanın şekli hem de yapısı değişti. Kullanım oranı da arttı. Son sayılara göre gelişmiş ülkelerde 11 milyon, az gelişmiş ülkelerde de 6 milyon kadar kadın bu yöntemi kullanmaktadır¹. Komplikasyonları 2 gruba ayırabiliriz;

a) **Ciddi komplikasyonlar** : Gebelik, Pelvisin Enflamatuvar Hastalığı (PID) ve takma sırasında veya daha sonra oluşan uterus perforasyonu.

b) **Minör Komplikasyonlar** : Kramplar, kanama, RİA'nın spontan olarak atılmasıdır^{2, 3}.

BİR INTRAABDOMİNAL RİA OLGUSU NEDENİYLE RİA KOMPLİKASYONLARI

OLGU: Bn. F. A., 29, G:4 P:2 A:1 C:1

Adet düzeni: 30/1-2/2 per/gün, **Dismenore:** (+ + +), **Disparoni:** (+ + +), **Leukore:** (+ + +), beyaz, kokusuz. 15 yıl önce appendektomi olmuş.

Hasta 20.7.1986 tarihinde T.Ü. Tıp Fak. K. Doğum Polikliniğine RİA çekilmesi ve 8 yıldır kasık ve bel ağrıları, ileri derecede dismenore ve disparoni, aralıklı konstipasyon, diare, gaz ve şişkinlik nedeniyle başvurdu. Anamnez derinleştirilince hastanın 8 yıl önce Normal doğumu takiben adet görünce bir sağlık ocağında RİA (Lippes Loop) taktığı, ancak 15 gün sonra RİA ipinin eline gelmemesi üzerine kontrole gittiği orada da RİA'nın düştüğü söylenip yenisinin takıldığı öğrenildi.

RİA çekilip histerometre ile birlikte direkt üriner sistem grafisi (AP ve lateral) çekildi. Uterusun 3-4 cm sağında 3-4 cm önünde ikinci RİA görüldü. Laparotomiye karar verildi.

Operasyonda Lippes Loop cinsi RİA batın boşluğunda omentum ile sarılı bir şekilde görüldü. Parsiel omentektomi ile birlikte RİA çıkartıldı. Patoloji raporu: "Erişkin tipte yağ dokusu yabancı cisim reaksiyonu görülmedi" şeklinde geldi.

Post-op komplikasyon görülmeyen hasta şifa ile altıncı gün taburcu edildi. 6 hafta sonra kontrole gelen hastanın şikayetlerinin büyük oranda geçmiş olduğu saptandı.

TARTIŞMA :

Gelişmekte olan 16 ülke üzerinde yapılan bir araştırmada; RİA ya bağlı olup hospitalizasyonu gerektiren ana komplikasyonlar sıklık sırasına göre; Pelvik enfeksiyon, kanama ve yöntemin başarısızlığı şeklindedir⁴. Halbuki ABD kadınlarında bu sıralamadaki Pelvik enfeksiyon yine ilk sırada, ancak kanama dördüncü sırada yer almaktadır⁵. Uterusun parsiyel ya da komplet perforasyonu nadir komplikasyonlardır^{2, 3}.

RİA takılması sırasında uterin kavite yüksek oranda kontamine olur. Transservikal örneklerden alınan endometrial kültürler, % 58 pozitifdir⁶. Alt uterin kavite persistan olarak pozitif kültür verir¹². 18 saat sonra uterin kavite % 80 sterildir. 4 hafta içinde de bakterilerden tamamen temizlenir⁷. Non-

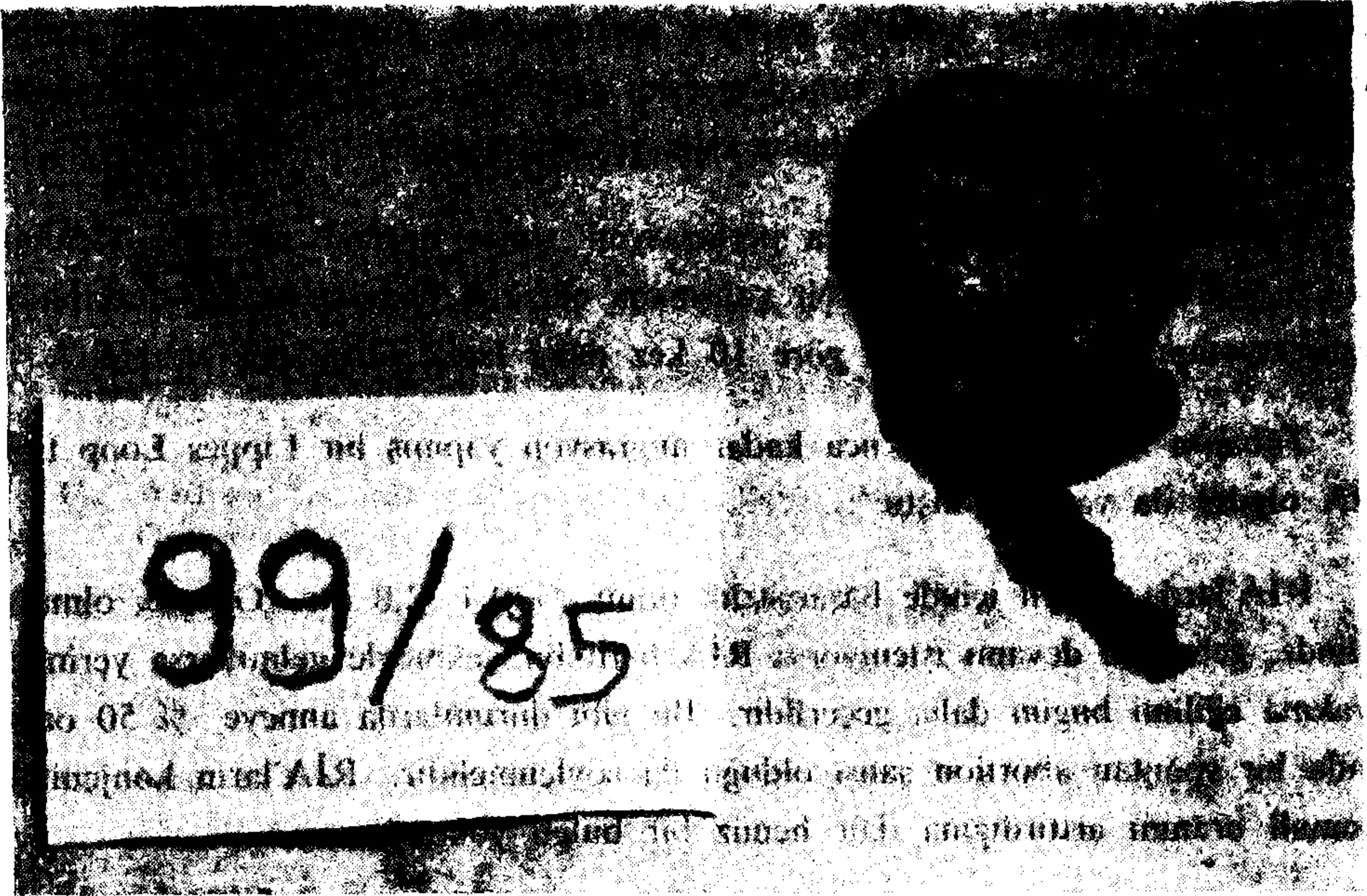
gonococcal enfeksiyonlar daha fazla tubal oklüzyon yaparlar^{8, 11}. İlk enfeksiyonda olguların % 13 ünde tuba kapanır. Rekürrens halinde oran % 20, ikinci bir PID tubaların kapanması dolayısıyla % 35 infertiliteye neden olur. PID, RİA'lı nulliparlarda RİA'sızlara göre 7 kez daha sık olur⁹. Genç nulliparlar, özellikle düşük sosyoekonomik düzeyde olanlar yüksek riskli hastalardır⁹. Bu nedenlerle bazı yazarlar genç nulliparlara RİA takılmasını tavsiye etmezler¹⁰. İngiltere ve diğer ülkelerden RİA'lı olup da non-gonococcal septisemiden ölen ve septiseminin RİA takılmasını takiben 2 aydan uzun bir süre sonra geliştiği 4 olgu bildirilmiştir^{13, 14, 15}. 1975'de De Swiet ve ark. bir RİA takılmasını takiben gelişen bakterie endokardit olgusu bildirdiler¹⁶. Hastadan genel bir anamnez alınırken çok dikkatli olmalı, bir endokardit varsa antibiotik profilaksisi uygulanmalıdır¹⁷. Sistemik kortikosteroid veya bir immünosupresyon tedavisi uygulanan kimselerde RİA takılması kontrendikedir¹⁵. Literatürde 100'den fazla olgu da pelvik actinomycosis üzerinedir. Etkeni actinomycosis israeli pap smear ile saptanabilir^{81, 19}.

İstatistiksel incelemeler RİA'ların ekstrauterin gebelik oranını, fertilizasyonun sayısını azaltarak düşürdüğünü göstermektedir. Ama intrauterin implantasyonu da azaltması nedeniyle RİA kullanan kadınlardaki gebeliklerin % 5 kadarı ekstrauterindir²⁰.

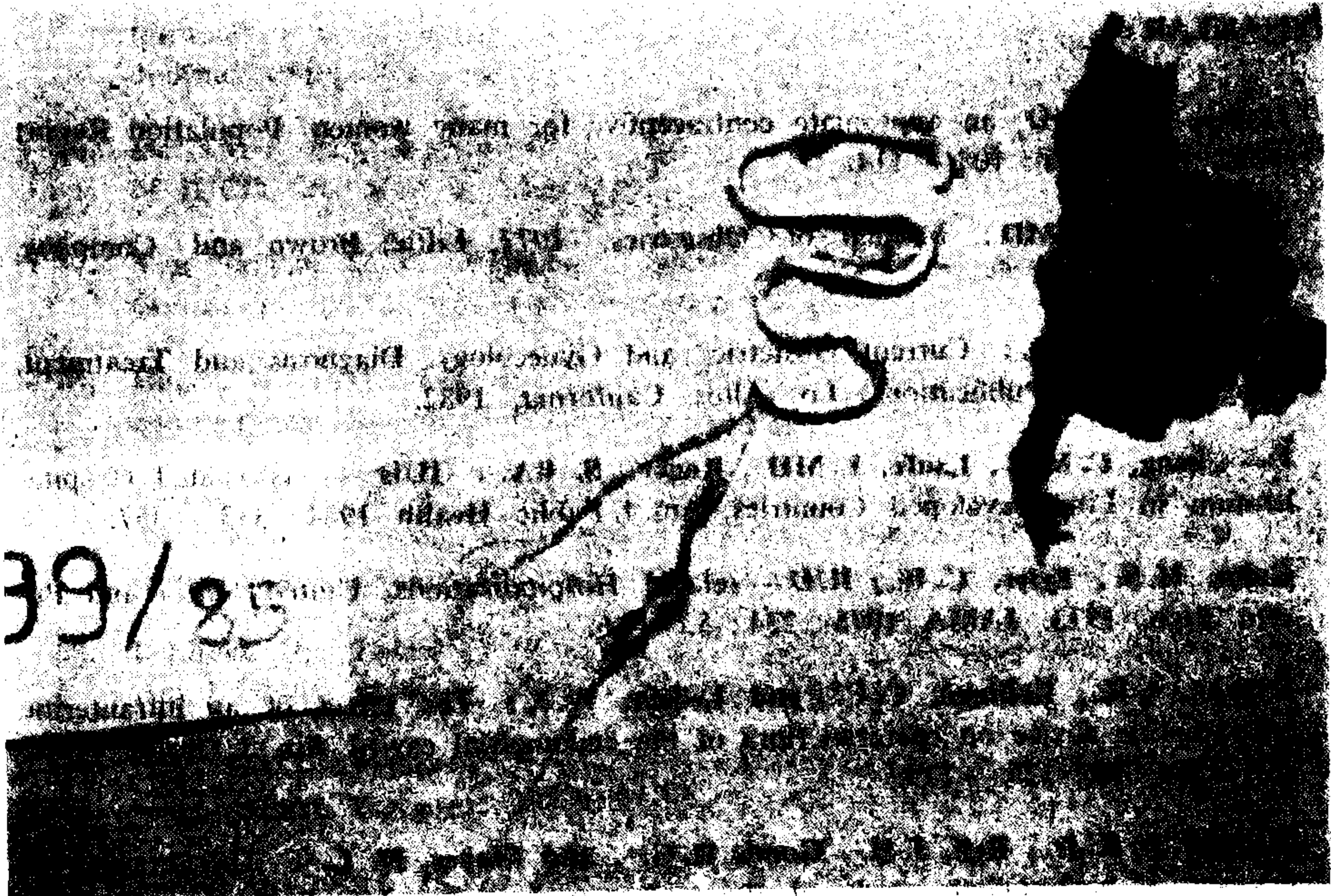
Uterusun perforasyonuna neden olacak ilk travma RİA'nın takılması sırasında olur²¹. Bakır içeren RİA'lar perforasyon sonrası doku cevabı nedeniyle adhezyonlara yolaçar. 1978'de İngilterede strangüle olmuş ileum nedeniyle bir ölüm olgusu bildirilmiştir¹⁵. Bu tip RİA'lar perforasyon saptanınca hemen çıkarılmalıdırlar. Bakırsız RİA'lar ise adhezyona yol açacak reaksiyon yapmazlar. Bu nedenle bazı yazarlar bunların perforasyon halinde hemen çıkarılmalarının şart olmadığına inanırlar³.

Uterus perforasyonları genellikle asemptomatiktir³. Tanıda direkt batin grafisi ile RİA'nın pelviste olduğu saptandıktan sonra histerosapingografiye başvurulur. Bu yöntem; RİA'nın normal yerinde olduğunu, yüzeysel bir şekilde gömülmüş olduğunu veya derine gömüldüğünü, parsiyel veya komplet perforasyonu net şekilde gösterir. Ultrasonun faydası sınırlıdır. RİA'nın normal yerinde mi yoksa gömülü mü olduğunu gösteremez, komplet perforasyonu yalnızca

**BİR INTRAABDOMINAL RIA OLGUSU NEDENİYLE
RIA KOMPLİKASYONLARI**



Şekil : 1 RIA Omentum içindeki durumu



Şekil : 2 RIA Omentumdan çıkarılmış durumu

RİA uterusu yakın ise gösterir, parsiyel perforasyonu gösterir ama tam yerini ve myometrial penetrasyonun tam derecesini gösteremez²³. Kompüterize Tomografinin (CT) de burada kullanıldığına dair yayınlar vardır²³.

Postpartum devrede takılınca perforasyon şansı normal zamanda 1/5000 iken 1/600'e yükselir²⁴. Başka bir çalışmada emziren kadınlarda RİA takılınca perforasyonun, karşılaştırmaya göre 10 kez daha fazla görüldüğü bulundu²⁵.

Tubanın içinde fimbrial uca kadar migrasyon yapmış bir Lippes Loop tipi RİA olgusu da yayımlanmıştır²⁶.

RİA'larda ilk yıl içinde başarısızlık oranı % 0,4 - 2,8 dir. Gebelik olması halinde, gebeliğin devamı isteniyorsa RİA hafif bir çekmeyle gelmiyorsa yerinde bırakma eğilimi bugün daha geçerlidir. Bu gibi durumlarda anneye % 50 oranında bir spontan abortion şansı olduğu da söylenmelidir. RİA'ların konjenital anomali oranını arttırdığına dair henüz bir bulgu yoktur².

KAYNAKLAR :

1. Liskin, L. : IUD, an appropriate contraceptive for many women. Population Report 1982; Series B 4 : 108 — 114.
2. Kenneth R.N. MD : Manual of Obstetrics, 1977, Little, Brown and Company, Boston.
3. Benson RC, MD. : Current Obstetrics and Gynecology. Diagnosis and Treatment. Lange Medical Publications, Los Altos, California, 1982.
4. I — Cheng, C. MD., Laufe, L. MD., Rogers, S. BA. : IUD — Associated Hospitalization in Less Developed Countries, Am. J. Public Health 1984 : 353 — 357.
5. Kahn, H. S., Tyler, C. W. : IUD — related Hospitalizations, United States and Puerto Rico, 1973. JAMA 1975 : 234 : 53 — 56.
6. Willson, J. R., Bollinge, C. C., and Ledger, W. J. : The effect of an intrauterine contraceptive device on bacterial flora of the endometrial cavity. Am. J. Obstet. Gynecol. 1964, 90 : 726 — 739.
7. Mihell, D. R. Jr., Bell, J. H., Good, R. G., and Moyer, D. L. : The intrauterine device : A bacteriologic study of the endometrial cavity. Am. J. Obstet. Gynecol. 1966, 96 : 119 — 126.

**BİR İNTRAABDOMİNAL RİA ÖLGÜSÜ NEDENİYLE
RİA KOMPLİKASYONLARI**

8. **Weström, I., Bångström, L. P., and Mårdh, P.:** The risk of pelvic inflammatory disease in women using intrauterine contraceptive devices as compared to nonusers. *Lancet*. 1976, 2: 221 — 224.
9. **Scott, W. C.:** Pelvic abscess in association with intrauterine contraceptive device. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1978, 131: 149 — 156.
10. **Hatcher, R. A.:** A case against the use of IUDs for teenagers. *Adv. Plann. Parent.* 1980, 15: 48 — 55.
11. **Westrom, I.:** Effect of acute pelvic inflammatory disease on fertility. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1975, 121: 707 — 13.
12. **Sparks, R. A., Parrier, B. G. A., Watt, P. J., Elstein, M.:** Bacteriological colonization of uterine cavity: role of tailed intrauterine contraceptive. *Br. Med. J.* 1981; 282: 1189 — 91.
13. **Scott, R. B.:** Critical illnesses and deaths associated with intrauterine devices. *Obstet. Gynecol.* 1968, 31: 322 — 7.
14. **Marshall, B. M., Hepler, J. K., Jinguji, M. S.:** Fatal streptococcus pyogenes septicaemia associated with an IUD. *Obstet. Gynaecol.* 1973, 41: 83 — 87.
15. **Smith, P. A., Ellis, C. J., Sparks, R. A., Guillebaud, J.:** Deaths associated with intrauterine contraceptive devices in the UK between 1973 and 1983. *British Med. Journal.* 1983, 287: 1537 — 8.
16. **De Swiet, M., Ramsay, I. D., Rees, G. M.:** Bacterial endocarditis after insertion of IUCD. *Br. Med. J.* 1975, iii: 76 — 7.
17. **Van Santen, M. R., Haspels, A. A.:** Interception by post-coital IUD insertion. *Contracept. Deliv. Syst.* 1981, 2: 189 — 200.
18. **Hager, W. D., Majmudar, B.:** Pelvic actinomycosis in women using intrauterine contraceptive devices. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1979, 133: 60.
19. **Spence, M. R. et al:** Cytological detection and clinical significance of *Actinomyces israelii* in women employing intrauterine contraceptive devices. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1978, 131: 295.
20. **Lehlfeld, H., Tietze, C., Gorstein, F.:** Ovarian pregnancy and intrauterine devices. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1970, 108: 1005 — 9.
21. **Key, T. C., Kreutner, A.:** Gastrointestinal complications of modern intrauterine devices. *Obstet. Gynaecol.* 1980, 55: 239 — 44.
22. **Zakin, D., Stern, W. Z., Rosenblatt, R.:** Complete and partial uterine perforation and embedding following insertion of intrauterine devices: II Diagnostic methods, prevention, and management. *Obstet. Gynecol. Surv.* 1981, 36: 401 — 417.

23. Richardson, M. L., Kinard, R. E., Watters, D. H.: Location of intrauterine devices: Evaluation by computed tomography. *Radiology* 1982, 142: 690.

24. Mitchell, D. R., Roy, S.: Copper intrauterine contraceptive event rates following insertion 4 to 8 weeks postpartum. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1983, 143: 29.

25. Heartwell, S. F., Schlesselman, S.: Risk of uterine perforation among users of intrauterine devices. *Obstet. Gynecol.* 1983, 61: 31.

26. Dbo, S. K. Y. MD, Yim, Y. H. MD, RH, C. K. MD, Moon, I. P. MD: Migration of the Lippes Loop into the fallopian tube. *Obstet. Gynecol.* 1982, 60: 393.

11. Westrom, L.: Effect of acute pelvic inflammatory disease on fertility. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1977, 127: 107-113.

12. Sparks, R. A., Farber, B. G. J., Han, T. J., Epstein, M.: Bacteriological colonization of uterine cavity: role of labeled intrauterine contraceptive. *Br. Med. J.* 1981, 282: 1180-91.

13. Scott, R. B.: Critical illness and death associated with intrauterine devices. *Obstet. Gynecol.* 1988, 71: 255-57.

14. Marshall, B. M., Hepler, J. R., Jorgensen, M. S.: Fatal streptococcal pyogenic septicaemia associated with an IUD. *Obstet. Gynecol.* 1973, 41: 83-87.

15. Smith, P. A., Ellis, C. J., Sparks, R. A., Guilford, J.: Deaths associated with intrauterine contraceptive devices in the UK between 1973 and 1983. *British Medical Journal* 1983, 287: 1237-8.

16. De Swiet, M., Rumsay, J. D., Rees, G. M.: Bacterial endocarditis after insertion of IUCD. *Br. Med. J.* 1975, iii: 70-71.

17. Van Santen, M. R., Hapke, A. A.: Intubation by post-coital IUD insertion. *Contracept. Deliv. Syst.* 1981, 2: 189-200.

18. Hager, W. D., Majumdar, B.: Early ectopic pregnancies in women using intrauterine contraceptive devices. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1977, 127: 60.

19. Spence, M. R. et al.: Cytological detection and clinical significance of ectopic pregnancies in women carrying intrauterine contraceptive devices. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1978, 111: 202.

20. Leiblich, H., Finkel, C., Gostain, E.: Ovarian pregnancy and intrauterine devices. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1970, 108: 1002-9.

21. Key, T. C., Krentner, A.: Gastrointestinal complications of modern intrauterine devices. *Obstet. Gynecol.* 1980, 55: 239-44.

22. Xakin, D., Stein, W. X., Rosenthal, R.: Complete and partial uterine perforation and embedding following insertion of intrauterine devices: II Diagnostic methods, prevention, and management. *Obstet. Gynecol.* 1981, 58: 401-417.