



¹ Harun TOY

¹ Mehmet VURAL

¹ Hakan CAMUZCUOĞLU

² Halef AYDIN

¹ Harran Üniversitesi Tıp
Fakültesi Kadın Hastalıkları
ve Doğum Anabilim Dalı.

² Harran Üniversitesi Tıp
Fakültesi Kadın Hastalıkları
ve Doğum Anabilim Dalı.

Submitted/Başvuru tarihi:
14 10 2009
Accepted/Kabul tarihi:
22 10 2009
Registration/Kayıt no:
09 10 74

Corresponding Address
/Yazışma Adresi:

Dr. Harun TOY
Harran Üniversitesi Tıp
Fakültesi Yenişehir Yerleşkesi,
Morfoloji Binası, Kat 2 No:11,
63300 Şanlıurfa, Türkiye

Tel: 414 3128456
Fax: 414 3139615
e-posta:
haruntoy@hotmail.com

© 2010 Düzce Medical Journal
e-ISSN 1307- 671X
www.tipdergi.duzce.edu.tr
duzcetipdergisi@duzce.edu.tr

Kayıp Rahimiçi Araçların Yönetimi ve Komplikasyonlar

Management of Misplaced Intrauterine Device and Complications

Özet

Uterus perforasyonu rahim içi araç uygulamasının en önemli komplikasyonlarından birisidir. Kayıp rahim içi araç durumda izlenecek yol ve komplikasyonları tartıştığımız bu vaka serisinde Eylül 2007 ile Haziran 2009 tarihleri arasında kliniğimizde bu tanı ile operatif tedavi edilen hastalarımızı tartışmayı amaçladık. Ortaya koyduğumuz algoritmada ultrason vazgeçilmez tanı yöntemi olarak önemini korumaktadır ve diğer radyolojik yöntemlere genellikle ihtiyaç kalmamaktadır.

Anahtar kelimeler: rahim içi araçlar, komplikasyonlar, ultrasonografi

Abstract

Uterin perforation is the one of the most important complication of intra-uterine device application. We aimed to discuss management and complications of lost intrauterine device in the case series of 10 patients who are operationally treated with this diagnosis, between September 2007 and June 2009 in our clinic. In the algorithm we described ultrasonography keep it's importance and there is usually no need for other radiologic techniques.

Key words: intrauterine devices, complications, ultrasonography

GİRİŞ

Rahim içi araç (RİA) uygulamasının en önemli komplikasyonlarından birisi uterus perforasyonudur ve yaklaşık olarak 350-2500 uygulamada bir görülmektedir [1]. Asendan genital enfeksiyonlar ve kanama problemleri olmadığı takdirde güvenli bir kontrasepsiyon yöntemi olan RİA'nın uterus dışına yanlışlıkla yerleştirilmesi ve geç fark edilmesi çeşitli problemlere yol açabilir. İntra-abdominal peritoneal yüzeylere yapışma, luminal organların içine doğru hareket etme, çeşitli enfeksiyonlar ve sigmoid kolon perforasyonu gibi komplikasyonlar rapor edilmiştir [2-4]. Bu hastaların endoskopik yöntemlerle tedavi edilmesi hep ilgi odağı olan bir alan olmuştur. Biz bu vaka serisinde hastanemizde çoğunluğu endoskopik yöntemlerle tedavi edilen olgularımızı tartışmayı amaçladık.

VAKA SUNUMLARI

Vaka serimiz jinekoloji polikliniğimize Eylül 2007 ile Haziran 2009 tarihleri arasında kayıp RİA nedeni ile başvuran ve tedavi edilen 10 hastayı kapsamaktadır. Bu hastalar merkezimize RİA uygulaması sonrasında RİA'nın ipinin görülmemesi üzerine yönlendirilmişlerdi. Hastalarımızın yaş ortalaması 33 (22-53) idi. Hastalarımızın hepsi multipardı ve yaptıkları doğum sayısı 2 ile 12 arasında değişiyordu. Bu hastalardan 5'ine sadece laparoskopi, 3'üne sadece histeroskopi, birine laparoskopi ve laparotomi ve sonuncusuna da histerektomi yapıldı. 10 hastadan 6 tanesinde RİA ekstrauterindi. Hastaların hiçbirinde postoperatif dönemde komplikasyon gelişmedi. Bu serimize kayıp RİA'sı basit girişimsel yöntemlerle (keskin küret veya Novak küret vasıtasıyla) çıkarılan hastalar dahil edilmedi. Hastalarımızdan çıkarılan RİA'ların hepsi T-cupper RİA idi.

Vaka 1

30 yaşında hasta 3 ay önce kendisine RİA uygulandığını ve kontrole gittiğinde

RİA'nın tespit edilemediğini belirtti. Hastada herhangi bir şikayet yoktu. Transvajinal ultrasonografi (TVU) de uterus posteriorunda, istmik bölge hizasında ve douglas poşuna yerleşmiş RİA imajı izlendi. Laparoskopide üzerine omentumun yapıştığı RİA uterus posterior duvarına saplanmış halde tespit edilerek çıkarıldı (Resim 1).

Vaka 2

22 yaşında hastaya 4 ay önce uygulanan RİA, kontrolde tespit edilemediğinden merkezimize yönlendirilmiş. Herhangi bir şikayeti olmayan hastaya yapılan TVU'de fundus üst kısmında ekstrauterin yerleşimli RİA izlendi. Laparoskopide fundusta omentum adezyonları olan RİA diseke edilerek çıkarıldı.

Vaka 3

25 yaşında hastaya 12 gün önce takılan RİA kontrolde tespit edilemeyince merkezimize yönlendirilmiş. Hastanın herhangi bir şikayeti yoktu. TVU'de douglas poşunda RİA imajı izlendi. Laparoskopide uterin istmus seviyesinde omentum yapışıklıkları olan RİA diseksiyon ile çıkarıldı.

Vaka 4

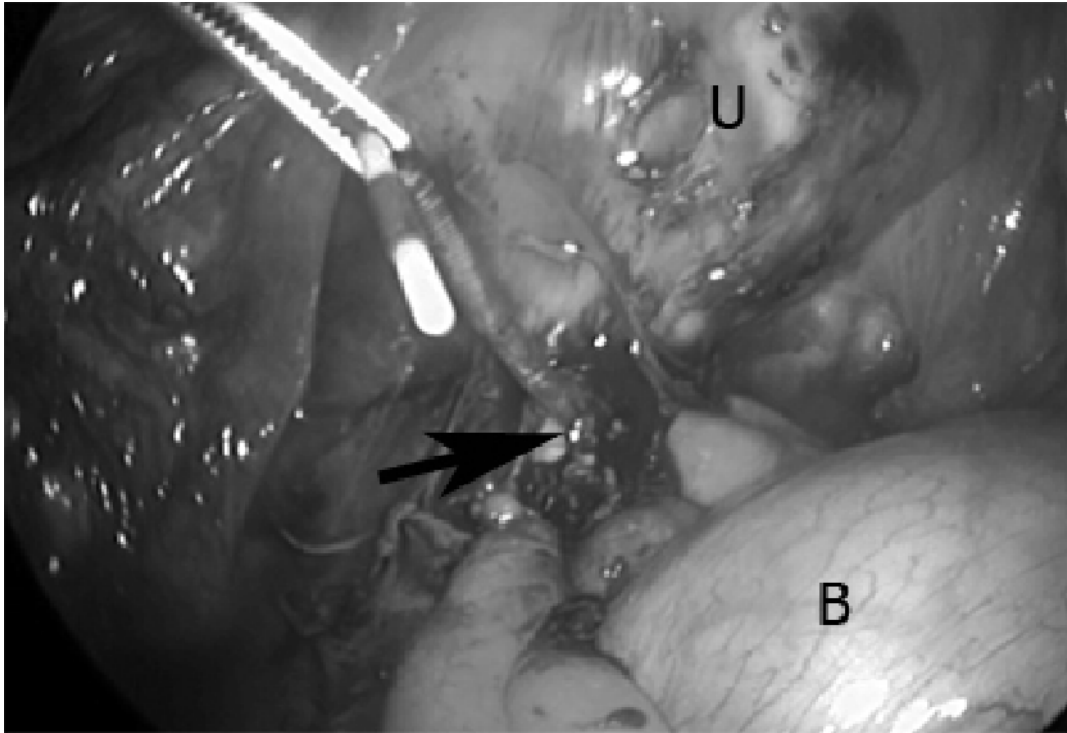
30 yaşında hasta karın ağrısı şikayeti ile başvurduğu merkezde 20 gün önce takılan RİA'nın görülmemesi üzerine kliniğimize yönlendirilmiş. Yapılan TVU'de sol over komşuluğunda RİA tespit edildi. Laparoskopi de uterus anterioruna lokalize olmuş ve omentum yapışıklıkları olan RİA diseksiyon ile çıkarıldı.

Vaka 5

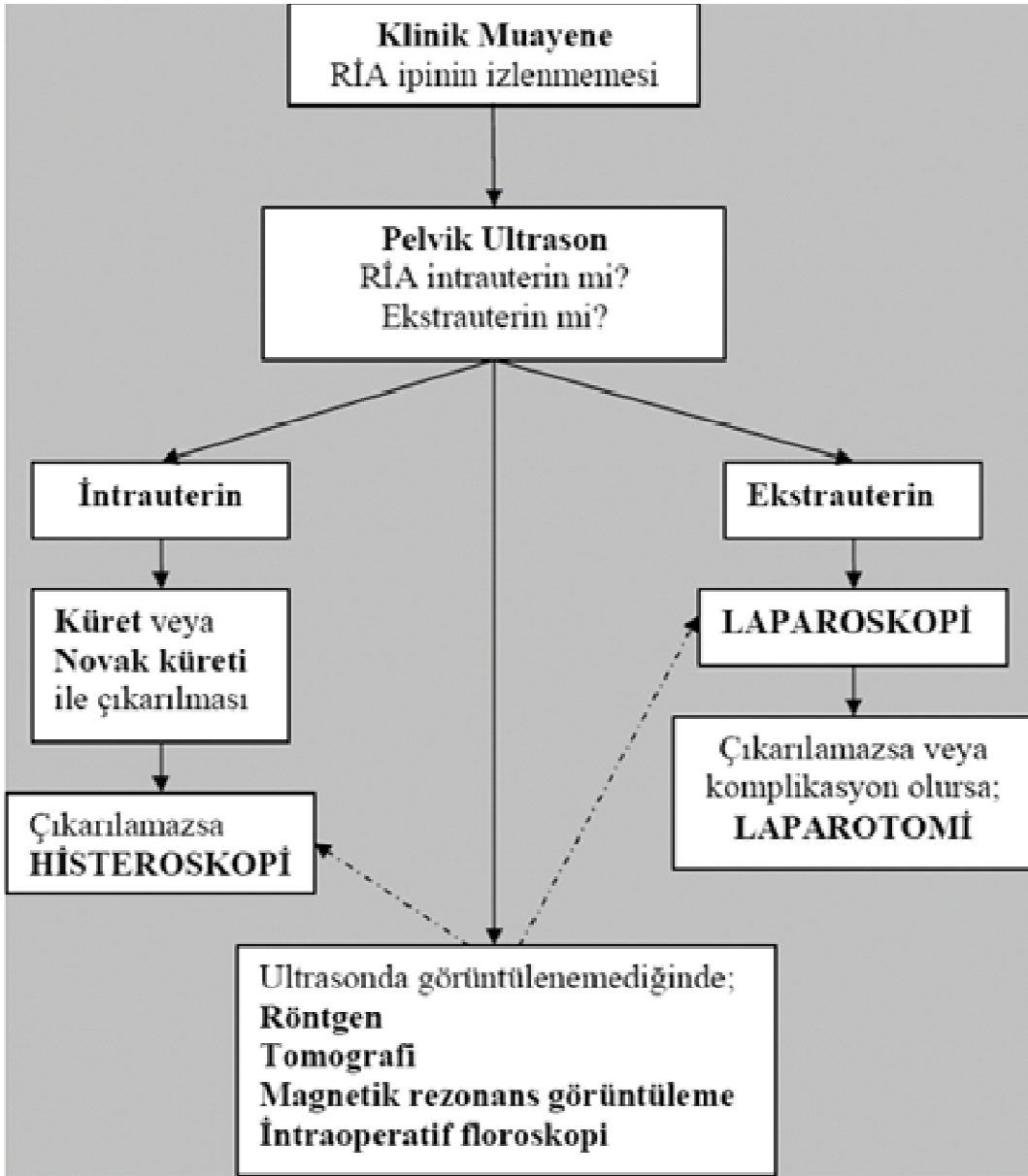
33 yaşında hasta karın ağrısı nedeni ile tıbbi yardım istediği merkezde çözüm bulunamayınca araştırma için hastanemize yönlendirilmiş. Hastanın 4 yıl önce takıldığını iddia ettiği RİA muayenede tespit edilemedi ve TVU yapıldı. Uterus komşuluğunda ekstrauterin RİA görüntüsü izlendi. Yapılan laparoskopide sol adnekte yaklaşık 3 cm çapında apseleşmiş kitle izlendi. Bu oluşum sol salpingooforektomi şeklinde çıkarıldı ve RİA bu apse odağının içerisinde bulundu. Postoperatif dönemde hasta 10 gün antibiyotik tedavi aldı. Kontrol muayeneleri normaldi.

Vaka 6

23 yaşında kasık ağrısı şikayeti olan hasta, 10 gün önce takılan RİA'nın tespit edilememesi nedeni ile tarafımıza sevk edilmiş. Hastaya yapılan TVU'de fundus üstünde RİA tespit edildi. Laparoskopide uterus fundusuna saplanmış ve sigmoid kolon ile uterus arasında köprü oluşturacak şekilde yapışmış RİA izlendi. RİA disektörler yardımı ile uterustan ayrılmak istendiğinde uterus myometriyumundan aktif kanama başlaması ve barsak adezyonlarının daha rahat açılabilmesi amacı ile laparotomi kararı alındı. RİA uterus myometriyumundan ve rektum serozasından eksizyon ile çıkarıldı. Uterustaki kanama alanına ve rektum serozasına vicryl ile sütür atıldı. Postoperatif dönem sorunsuzdu.



Resim 1. Laparoskopik olarak uterus posteriorundan omentum diseksiyonu sonrasında RİA'nın çıkarılması. U:Uterus, B:Barsak, Siyah ok: RİA'nın uterus posteriorundan batın içine çıktığı nokta. (1 nolu vakaya aittir)



Resim 2. Kayıp RIA için yönetim.

Vaka 7, 8, 9

Bu vakalar 53, 35 ve 30 yaşında ve RIA ipinin görülebilmesi nedeni ile tarafımıza gönderilmiş hastalardı. Sırasıyla 4, 6 ve 4,5 yıl önce RIA takılmıştı. Hastalara yapılan TVU'de uterin kavitede RIA imajı izlendi. Keskin küret veya Novak küreti ile RIA'nın çıkarılması denendi ama başarısız oldu. Sonrasında bu üç vakada RIA histeroskopik olarak çıkarıldı.

Vaka 10

49 yaşında hasta 2 yıldır menoraji şikayetinin olduğunu ve 3 yıl önce de RIA taktığını belirtti. Hastamızın anamnezinde 12 defa normal vajinal doğum yaptığı öğrenildi. TVU'de uterin kavitede yaklaşık 4 x 5 cm boyutlarında submukozal myom görüntüsü ve myom kitlesi içerisinde de RIA izlendi.

İki yıldır devam eden menoraji ve hasta yaşının da ileri olması nedeni ile histerektomi önerildi. Makroskopik kesiti içerisinde myoma saplanmış RIA tespit edildi. Postoperatif dönemde herhangi bir problem olmadı.

TARTIŞMA

Kayıp RIA durumunda uterus perforasyonu sık görülen bir durumdur. Perforasyon, sadece uterusu zarar verebileceği gibi diğer bütün pelvik organlarla da ilişkili komplikasyonlara yol açabilir. Literatürde RIA'nın ince barsağa adeyonundan dolayı barsak rezeksiyonu yapılan [5], dizüri şikayeti nedeni ile araştırılınca mesanesinde RIA bulunan [4] hastalar rapor edilmiştir.

Bu komplikasyonlardan kaçınmak için RIA takılma aşamasında öncelikle uygun hasta seçimi önemlidir.

Ayrıca uygulamayı yapacak kişinin tecrübeli bir sağlık personeli olması ve sonrasında düzenli kontrollerin yapılması da çok önemlidir.

Genellikle kayıp RİA tanısı ipinin görülememesi 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 görüntülememize olanak sağlamaktadır.

Bizim bu serimizde sadece cerrahi müdahale yapılan vakalarımız vardır. Bu 10 hastadan 6 tanesinde uterus perforasyonu mevcuttu. Bu 6 hastanın 3'ü RİA ipi izlenmemesi nedeni ile diğer 3'ü ise kasık ve karın ağrısı nedeni ile başvurmuştu. RİA ipinin görülmemesi nedeni ile tarafımıza yönlendirilen ve intrauterin olduğu belirlenen diğer 4 hastadan 3'ünde ise başvuru anında herhangi bir şikayet yoktu. Sadece 10 numaralı vakamızda farklı bir durum söz konusu idi. RİA endometrial kaviteyi dolduran myom kitlesine gömülmüştü ve hastada yaklaşık 2 yıldır menoraji şikayeti vardı.

Daha önce RİA uygulanmış olan ve yapılan muayeneler sonrasında, özellikle ultrasonografide endometrial kavite içerisinde RİA imajının izlenmediği durumlarda uterus perforasyonu ilk planda düşünülmelidir. Kasık ve karın ağrısı şikayeti olan ve kanama düzensizliği olan hastalarda da ayırıcı tanıda RİA kaynaklı problemler akılda tutulmalı ve normal yerleşimli olmadığında uygun görüntüleme yöntemleri ile incelenmelidir.

Bizim vaka serimizde tanısız olarak ilk planda ultrasonografi kullanıldı (Resim 2). Ektrauterin RİA izlendiği durumlarda laparoskopi, intrauterin olduğunda ise histeroskopi kullanıldı. Bu 10 vakadan hiçbirisinde ultrasonografi tanısının yanıtıcılığına rastlanmadı. Tanısız olarak diğer radyolojik yöntemlerin ise (röntgen, tomografi, magnetic rezonans, intra-operatif floroskopi) ultrasonografinin yetersiz kaldığı ve uzak bölgelere yerleşmiş RİA [6;7] ihtimali olduğunda tercih edilmesinin uygun olacağını düşünüyoruz.

Kayıp RİA'nın hastadan uzaklaştırılmasının başlıca iki gerekçesi vardır. Birincisi özellikle bakır içeren RİA'ların adezyon, barsak tıkanıklığı, infertilite, abse formasyonu ve pelvik ağrı gibi sonuçları olabileceği için uzaklaştırmak, ikincisi ise hastada psikolojik olarak yeri uygunsuz olan bir yabancı cisimin vereceği rahatsızlıktır. Buna rağmen tamamen asemptomatik hastalarda dahi ekstrauterin RİA'nın uzaklaştırılmasının gerekliliğine inanılmıştır [8]. Bizim serimizde uterus perforasyonu olan hastalarımızdan birisinde pelvik abse oluşumu ve bir diğerinde de barsak adezyonu tespit ettik. 5 nolu hastamızda uzun bir süre sonucunda (4 yıl) abse

formasyonu oluşmuş olmasına rağmen, 6 nolu hastamızda ise barsak adezyonu 10 gün gibi kısa bir sürede oluşmuş olması dikkat çekicidir.

Kayıp RİA'ların çıkarılması esnasında morbiditenin mümkün olduğu kadar azaltılması için endoskopik yöntemler ilk sırada tercih edilmektedir. Ortaya çıkarılabileceği komplikasyonlar göz önünde bulundurularak uygun yöntemlerle kayıp RİA'nın yerinin tespit edilmesi gerekir. Bunun için ultrasonografinin yeri vazgeçilmezdir. Ancak yetersiz olduğu durumlarda diğer radyolojik yöntemlere başvurulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Dunn JS, Jr., Zerbe MJ, Bloomquist JL, Ellerkmann RM, Bent AE: Ectopic IUD complicating pregnancy. A case report. J Reprod Med. 47(1):57-59, 2002.
2. Banerjee N, Kriplani A, Roy KK, Bal S, Takkar D: Retrieval of lost Copper-T from the rectum. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 79(2):211-212, 1998.
3. Hays D, Edelstein JA, Ahmad MM: Perforation of the sigmoid colon by an intrauterine contraceptive device. Contraception. 34(4):413-416, 1986.
4. Mahmutyazicioglu K, Ozdemir H, Ozkan P: Migration of an intrauterine contraceptive device to the urinary bladder: sonographic findings. J Clin Ultrasound. 30(8):496-498, 2002.
5. Sajjad Y, Selvan G, Kirwan JM, Kingsland CR: Gynaefix frameless IUD: Cause of bowel resection. Eur J Contracept Reprod Health Care. 11(3):241-242, 2006.
6. Oliver R, Jagadeesan P, Coker A: Laparoscopically assisted retrieval of lost IUCD/foreign bodies: a novel locating technique with fluoroscopic image intensifier. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 17(4):303-306, 2007.
7. Sun CC, Chang CC, Yu MH: Far-migrated intra-abdominal intrauterine device with abdominal pain. Taiwan J Obstet Gynecol. 47(2):244-246, 2008.
8. Gorsline JC, Osborne NG: Management of the missing intrauterine contraceptive device: report of a case. Am J Obstet Gynecol. 153(2):228-229, 1985.