

Ekstrauterin Yerleşimli Rahim İçi Araçlara Yaklaşım

MANAGEMENT OF EXTRAUTERINE MISLOCATED IUD

Dr.Metin İNGEÇ,^a Dr.Yakup KUMTEPE,^a Dr.Bünyamin BÖREKÇİ,^a Dr.Sedat KADANALI^a

^aKadın Hastalıkları ve Doğum AD, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, ERZURUM

Özet

Amaç: Çalışmamızda amacımız, ekstrauterin yerleşimli rahim içi araç (RİA) vakalarına yaklaşım ve tedaviyi tartışmaktır.

Gereç ve Yöntemler: 1997-2004 tarihleri arasında kliniğimizde teşhis ve tedavisi yapılan 7 ekstrauterin yerleşimli rahim içi araç vakası retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 26.1 idi. 4 hasta RİA takılırken laktasyondaydı. 5 hastada laparoskopi ile, 2 hastada laparotomi ile RİA çıkarıldı. 2 hastada RİA Douglas boşluğunda, 1 hastada sol sakrouterin ligamentin altında periton içinde, 1 hastada mesane ile uterus arasında, 1 hastada omentumda, 1 hastada rektum serozasında yağ dokusu içinde, 1 hastada ise ileum duvarına gömülü olarak tespit edildi. Laparoskopi yapılan hastaların ileal komplikasyondan dolayı laparotomiye geçilen biri hariç diğerleri kolaylıkla çıkarıldı ve 1 veya 2 gün sonra taburcu edildi. Laparotomi yapılan 2 hasta 5 gün sonra taburcu edildi. Tüm kadınlarda iyileşme sorunsuz idi.

Sonuç: Şikayeti olsun yada olmasın RİA takılan tüm kadınlar uterin perforasyonun potansiyel riski nedeniyle dikkatlice kontrol edilmelidir. Ekstrauterin yerleşimli RİA'larda tercih edilen cerrahi yöntem laparoskopidir. Ancak, komşu organlarda hasarlanma gelişen vakalarda laparotomi gerekli olabilir.

Anahtar Kelimeler: Rahim içi araç (RİA), kontrasepsiyon, uterin perforasyon, kayıp RİA

Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2004, 14:258-261

Abstract

Objective: Our objective is to discuss the management of cases with extrauterine mislocated intrauterine device (IUD).

Material and Methods: Seven cases who were diagnosed and treated as extrauterine mislocated IUD in our clinic between 1997-2004 were evaluated retrospectively.

Results: The mean age of the patients were 26.1 years. Four of them were lactating at the time of IUD placement. The IUD was removed by laparoscopy in five patients, by laparotomy in two patients. The IUD was seen as lying in the Douglas pouch in three cases, into the peritoneum under the left ligament of sacrouterine in one case, into the omentum in one case, lying between the bladder and uterus in one case, into the perirectal fat in one case, and embedded into wall of the ileum in one case. The IUD's were easily removed by laparoscopy except one patient in which undergone laparotomy due to ileal complication, and the patients were discharged one or two days later. The two patients operated by laparotomy were discharged 5 days later. All women made an uneventful recovery.

Conclusion: Insertion of IUD must be controlled because of the potential risk of the uterine perforation with or without symptoms. The recommended surgical method is laparoscopic removal of the extrauterine mislocated IUD. But, laparotomy may be necessary where IUD damaged the adherent organs.

Key Words: Intrauterine device (IUD), contraception, uterine perforation, lost IUD

Rahim içi araç (RİA) dünya çapında yaygın olarak kullanılan ve oldukça etkili olan doğum kontrol yöntemidir. Uterin perforasyon RİA'ya bağlı gelişebilecek ciddi bir komplikasyondur. Perforasyon riski her 1000 uygulamada 0-1.3

arasında bildirilmektedir.^{1,2} Perforasyonların çoğu yerleştirme işlemi sırasında meydana gelmekte,³ aşırı vajinal kanama veya karın ağrısına yol açabileceği gibi herhangi bir şikayete neden olmadan da gelişebilmektedir^{4,5} ve bazen yıllar sonrasına kadar fark edilemeyebilmektedir.⁶ Laktasyonel dönemde RİA takılmasının perforasyon açısından önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir.¹

Çoğunlukla perforasyonlar ağrısız olmakta ancak araç intraperitoneal boşlukta ise gastrointes-

Geliş Tarihi/Received: 13.04.2004 Kabul Tarihi/Accepted: 31.07.2004

Yazışma Adresi/Correspondence: Dr.Metin İNGEÇ
Solakzade Mah. Şark 2000 Koop A Blok No.5
25070, Yenişehir, ERZURUM
ingec@atauni.edu.tr

Copyright © 2004 by Türkiye Klinikleri

tinal semptomlar görülebilmektedir.⁵ Vakaların %85'inde intraperitoneal boşlukta serbest olarak bulunan RİA'lar %15 vakada çoğunlukla barsaklarda olmak üzere komşu visseral organlarda yaralanma ve komplikasyonlara yol açabilmektedir.³ Komşu organlarda gelişebilecek potansiyel komplikasyonlar ve adhezyon riskine karşı pelvik veya intraabdominal bölgede bulunan RİA'ların cerrahi olarak çıkarılması önerilmektedir.^{3,4}

Çalışmamızda kliniğimizde tespit edilen ekstreuterin yerleşim gösteren RİA vakalarını inceleyerek, kayıp RİA'lara yaklaşımı ve tedavi yöntemlerini tartıştık.

Gereç ve Yöntemler

1997-2004 yılları arasında kliniğimizde ekstra-uterin yerleşimli RİA tanısı alan ve tedavisi yapılan 7 hastanın dosyası incelendi. Hastaların demografik özellikleri ve başvuru şikayetleri kaydedildi. Jinekolojik muayenede serviksin dış ağzında RİA ipi görülmeyen hastalara transvajinal ultrasonografi ve pelvis ile abdomenin direk grafileri değerlendirildi. RİA'nın uterus dışında olduğu anlaşılan hastaların tümü opere edildi. Vakaların 5'ine laparoskopi, 1'ine laparotomi, 1'ine ise laparoskopiyi takiben laparotomi yapılarak intraperitoneal alandaki RİA'lar çıkarıldı. Araçların batın içinde buldukları yer, adhezyon formasyonu olup olmadığı belirlendi ve postoperatif komplikasyonlar açısından değerlendirildi.

Bulgular

Hastaların yaş ortalaması 26.1, parite ortalaması 1.9 idi. 7 vakanın 2'sinde perforasyon RİA'nın yerleştirilmesinden sonraki 1 aydan daha kısa sürede, 5 hastada ise 1 aydan daha uzun süre sonra tespit edildi. En eski takılan RİA anamnezi 1 nolu vakada olup 10 yıl önce yerleştirildiği belirtildi. Hastaların 5'i aracın yerleştirilmesi sırasında herhangi bir şikayetleri olmadığını, 2 hasta ise şiddetli karın ve kasık ağrısı duyduklarını bildirdi. 4 vakada aracın laktasyon döneminde iken takıldığı öğrenildi. Hastaların 2'si karın ve kasık ağrısı, 5'i ise kontrollerde aracın ipinin görülememesi şikayetleriyle başvurmuşlardı. Jinekolojik muayenede servikal ağızda RİA ipi görülmeyen hastalara yapı-

lan vajinal ultrasonografide uterin kavite boş olarak değerlendirildi. Aracın vajenden dışarı atılmış olabileceği veya intraperitoneal alanda olduğunu ayırt edebilmek amacıyla pelvis ve abdominal boşluğun direk grafileri alındı. RİA'ya ait radyoopasitenin görülmesi üzerine operasyon kararı alındı. Vakaların 1'ine laparotomi, 6'sına laparoskopi yapıldı. Laparoskopi yapılan vakalardan 1'inde aracın ileumun içinde olduğunu görülmesi üzerine laparotomiye geçildi (Resim 1). RİA'lardan 2'si douglas boşluğunda, 1'i mesane ile uterus arasında, 1'i sol sakrouterin ligamentin altında periton içinde, 1'i omentum içinde, 1'i rektum serozasında perirektal yağ dokusu içinde, 1'i ise ileum içine girmiş olarak tespit edildi. Tüm hastalarda RİA'lar komplikasyonsuz olarak çıkarılırken 5 nolu vakada ileuma gömülü olup yalnızca kuyruk kısmı görülebilen RİA barsak muhtevasının batına döküleceği düşünülerek laparotomiye geçildikten sonra ileuma yapılan 1 cm.'lik insizyon vasıtasıyla çıkarıldı ve defekt primer olarak tamir edildi. Rektum serozasında RİA'nın tespit edildiği 6 nolu vakada araç laparoskopik olarak ipinden tutularak komplikasyonsuz olarak çıkarıldı (Resim 2). RİA tipi 6 hastada Cu-T 380A, 1 hastada ise Multiload Cu-375 idi. Karın içi ve pelvik boşluğun inspeksiyonunda 3 vakada adhezyon görüldü, bu vakaların birinde operasyon (sezaryen) hikayesi vardı. 4 vakada ise adhezyon izlenmedi. Laparotomi yapılan 2 hasta 5 gün hospitalize edilirken laparoskopi vakalarının tümü operasyondan sonraki 1 veya 2. gün komplikasyonsuz olarak taburcu edildi. Hastaların özellikleri Tablo 1'de görülmektedir.

Tartışma

RİA'ya bağlı uterus perforasyonu sık görülmeyen ancak çok ciddi boyutlara ulaşabilen bir komplikasyondur. Genellikle takılma işlemi sırasında meydana gelir.^{3,4} Hastalarda aşırı vajinal kanama veya karın ağrısı bulunabileceği gibi herhangi bir şikayete yol açmadan da gelişebilir.^{4,5} RİA takılması sırasında önemli bir şikayet olmadığını belirten 5 hastada müteakip kontrollerde aracın ipinin görülmemesi üzerine perforasyondan şüphelenilmiştir. 6 ve 7 nolu vakalar ise işlem sıra-



Resim 1.



Resim 2.

sında ve sonrasında duydukları şiddetli ağrı nedeniyle yaptıkları başvuru neticesinde 6 nolu vakada 15. gün, 7 nolu vakada ise 6. gün olmak üzere erken dönemde RİA'nın ekstra uterin yerleşimli olduğu anlaşılmıştır.

Emzirme döneminde RİA takılmasının önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmekle beraber¹ bunun aksini iddia eden raporlar da mevcuttur.⁷ Emziren kadınlarda artan β endorfin seviyelerinin ağrı hissini azaltarak⁸ uterin perforasyona bağlı ağrının hissedilmemesine neden olabileceği ileri sürülmüştür.⁷ Literatürü destekleyecek biçimde vakalarımızın 4'ünde RİA laktasyon döneminde takılmış ve bunların yarısında perforasyonu şüphelendirecek ağrı hissedilmemiştir. Ancak unutulmamalıdır ki ülkemizde RİA yerleştirilmesi genellikle kadınların yeni yaptıkları doğumun oluşturduğu psikolojik

etki nedeniyle de laktasyon döneminde uygulanmakta ve dolayısıyla komplikasyonlar da bu dönemde daha fazla görülebilmektedir.

Perforasyon vakalarının %85'inde diğer organlarda etkilenme olmazken, %15'inde komşu visseral organlarda özellikle de barsak ve mesane de etkilenme görülebilir.^{5,9-11} Bizim de 2 nolu vakamızda RİA omentum içinde, 5 nolu vakamızda ise ileuma gömülü olarak tespit edilmiş olup diğer vakalarımızda ya douglasta serbest olarak ya da peritonun hemen altında bulunmuştur.

Jinekolojik muayenede RİA ipinin görülmesi uterin perforasyonun kontrolü açısından uyarıcı en önemli bulgudur.³ Böyle bir vakada ipin uterus içine doğru kıvrılmış olabileceği, aracın

Tablo 1. Ekstrauterin yerleşim gösteren RİA'lı hastaların özellikleri

No	Yaş	G	P	RİA tipi	RİA tespit yeri	RİA takılma süresi	Geliş şikayeti	Laktasyon	Operasyon	Adhezyon
1	27	4	2	Cu-T	Douglas	10 yıl	***	-	L/S	-
2	24	2	1	Cu-T	Omentum	2 yıl	***	-	Lap	+
3	30	3	2	Cu-T	Douglas	1 yıl	***	-	L/S	-
4	30	3	3	Cu-T	M-U arası	6 ay	Adet görememe	+	L/S	+
5	30	4	3	Cu-T	İleum	4 ay	***	+	L/S sonra Lap	-
6	23	2	1	Mu-T	Ssak.ut.lig*	15 gün	Kasık, karın ağ.	+	L/S	-
7	19	3	1	Cu-T	Perirekyağ d**	6 gün	Kasık ağrısı	+	L/S	+

RİA: Rahim içi araç; G: Gravida; P: Parite; Cu-T: Copper T 380A; Mu-T: Multiload Cu-375;

M-U: Mesane-Uterus L/S: Laparoskopi; Lap: Laparotomi

* Sol sakrouterin ligamentin altında ** Perirektal yağ dokusu *** Kontrolde RİA ipinin görülmemesi

dışarı atıldığı veya uterin perforasyonun geliştiği ihtimalleri hatırlanmalı ve yaklaşım buna göre düzenlenmelidir. Vajinal ultrasonografi kayıp RİA' larda uterusun görüntülenmesinde en çok tercih edilen yöntemdir.⁴ RİA kavitede görülemezse batin boşluğunda olup olmadığını anlamak için X-ray grafilerden faydalanılır. Ancak, X-ray grafilerde uterusun ayırtdilememesi, RİA'nın yerinin doğru pozisyonda lokalize edilememesi gibi sebeplerle yalnız başına kullanımı uygun değildir. Vajinal ultrasonografi ise RİA ile uterus arasındaki ilişkiyi ve kavitenin durumunu daha net olarak ortaya koyar.

Karın boşluğundaki RİA'nın oluşturabileceği intraperitoneal adhezyon ve çevre organlarda yapabileceği hasar^{9,12,13} nedenleriyle cerrahi yöntemlerle, ideal olarak da laparoskopi ile çıkarılması önerilmektedir¹⁴ Markovitch ve ark. ise bu görüşün aksine peritoneal adhezyon potansiyelinin düşük olması, yapılacak cerrahi girişimin adhezyon gelişim riskini daha fazla artıracak düşüncesiyle RİA'ya bağlı uterin perforasyonlarda aracın çıkarılmasının mutlaka gerekli olmadığını, konservatif kalınabileceğini iddia etmişlerdir.² Biz ise, vakalarımızın 3'ünde adhezyon tespit etmemiz, 1 vakada perirektal yağ dokusu içinde, 1 vakada ise daha ciddi bir sonuç olarak ileumda RİA'yı tespit etmemiz nedenleriyle cerrahi girişimin mutlaka uygulanması gerektiği kanaatindeyiz.

Uterin perforasyonların çoğunlukla takılma işlemi sırasında gelişmesi nedeniyle işlem sonrası şikayeti olsun veya olmasın RİA takılan tüm kadınların aracın uterin kavitede yerleşiminin kontrol edilmesi gerekmektedir. Laparoskopik yaklaşımdaki başarılı sonuçlar nedeniyle kayıp RİA'larda cerrahi seçenek durumunda ilk tercih laparoskopi olmalı, ancak RİA'nın çevre organlarda oluşturduğu hasar durumlarında ve komplikasyon riskinin

artacağı düşünülen durumlarda laparotomiye geçilebileceği de hatırd tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Andersson K, Ryde-Blomqvist E, Lindell K, Odlin V, Milsom I. Perforations with intrauterine devices. *Contraception* 1998;57:251-5.
2. Markovitch O, Klein Z, Gidoni Y, Holzinger M, Beyth Y. Extrauterine mislocated IUD: is surgical removal mandatory? *Contraception* 2002; 66:105-8.
3. 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;36:335-53.
4. Tantum HJ, Connel EB. Intrauterine contraceptive devices. In: Filshie M, Guilebaud J, editors. *Contraception science and practice*. 1 st ed. London: Butterworth & Co, 1989:144-71.
5. Pirwany IR, Boddy K. Colocolic fistula caused by a previously inserted intrauterine device. *Contraception* 1997;56:337-9.
6. Woolrych MH, Ashton J, Coulter D. Uterine perforation on intrauterine device insertion: is the incidence higher than previously reported? *Contraception* 2003;67:53-6.
7. Chi IC, Potts M, Wilkens LR, Champion CB. Performance of the copper T-380A intrauterine device in breastfeeding women. *Contraception* 1989;39:603-18P. Kiilholma, J. Mäkinen and J. Maenpää. Perforation of the uterus following IUD insertion in the puerperium. *Adv Contracept* 1990;6:57-61.
9. Sogaard, K. Unrecognized perforation of the uterine and rectal walls by an intrauterine contraceptive device. *Acta Obstet Gynecol* 1993;72:55-6.
10. Gronlund B, Blaabjerg J. Serious intestinal complication five years after insertion of a Nova-T. *Contraception* 1991; 44:517-20.
11. Bjornerem A, tollan A. Intrauterine device-primary and secondary perforation of the urinary bladder. *Acta Obstet Gynecol* 1997;76:383-5.
12. Sepulveda WH, Ciuffardi I, Olivari A, Gallegos O. Sonographic diagnosis of bladder perforation by an intrauterine device. A case report. *J Reprod Med* 1993; 38:911-3
13. Chen CP, Hsu TC, Wang W. Ileal penetration by a multi-load-Cu 375 intrauterine contraceptive device. *Contraception* 1998;58:295-304.
14. Silva PD, Larson KM. Laparoscopic removal of a perforated intrauterine device from the perirectal fat. *J Soc Laparosc Surg* 2000;4:159-62.