

İHMAL EDİLMİŞ BİR KAYIP RAHİM İÇİ ARAÇ SONRASI OLUŞAN VE MİADINDA DOĞAN GEBELİK

Osman BALCI*, Suna ÖZDEMİR*, Alaa S. MAHMOUD*

*Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, KONYA

Rahim içi araçlar (RİA), tüm dünyada özellikle de gelişmekte olan ülkelerde sık kullanılan bir kontraseptif yöntemdir. Uterin perforasyon, RİA'ların yerleştirilmesi sırasında oluşan nadir fakat önemli bir komplikasyondur. Bu olgu sunumunda; RİA takılan bir hastanın yapılan kontrollerinde, RİA ipinin görülmediği fakat gebelikten koruyacağı söylenen, daha sonra gebe kalıp miadında doğum yapan ihmal edilmiş bir kayıp RİA olgusu sunulmuştur. Otuz sekiz yaşında, 4 gebelik ve 4 vajinal doğum öyküsü olan hasta kayıp RİA nedeniyle kliniğimize sevk edildi. Hastaya 2 yıl önce normal vajinal doğumundan 6 hafta sonra bir klinikte RİA takıldığı, sonrasında ağrı şikayeti ile başvurduğu klinikte yapılan muayenesinde RİA'nın ipinin görülmediği fakat gebelikten koruyacağı söylendiği, sonrasında gebe kalıp miadında vajinal doğum yaptığı öğrenildi. Hastanın yapılan jinekolojik muayenesi normaldi. Ultrasonografide uterus ve adneksler normal, Douglasa RİA ekosu izlenmekte idi. RİA laparoskopik olarak çıkarıldı. RİA'nın takılma esnasında uterus perforasyonu olup Douglassa yerleştirildiği düşünüldü. RİA taktırma öyküsü olan ve muayenede RİA ipleri görülmeyen hastalarda mutlaka RİA lokalizasyonu belirlenmelidir. Uterus kavitesinin boş olduğu hastalarda uterus perforasyonu akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Rahim içi araç, uterin perforasyon, laparoskopi.

Selçuk Tıp Derg 2009;25 (4):215-218

A FULL TERM PREGNANCY AND DELIVERY THAT OCCURRED AFTER A NEGLECTED LOST INTRAUTERINE DEVICE

Intrauterine devices (IUDs) are the most commonly used method of contraception, worldwide, especially in developing countries. Uterine perforation by an IUD is a rare but an important complication of IUD insertion. In this case report; we present, a patient who had "a neglected lost IUD", in whom string of IUD was not seen in her follow up examination. The patient was told that in spite of the absence of the string; it will reserve its contraceptive effect. The patient had uneventful pregnancy and delivered at term. Thirty eight years old patient who had gravida 4, parity 4 was referred to our clinic because of lost IUD. In her history she had normal vaginal delivery before 2 years, after 6 weeks IUD was introduced in a health centre. She had pelvic pain and consulted the same health centre where she was told that the string was not seen but it will reserve its contraceptive effect. The patient got pregnant and delivered a full term baby. She had normal gynecological examination uterus and adnexa were normal in ultrasonographic examination but an echo of IUD was seen in Douglas. The IUD was extracted laparoscopically. We think that uterine perforation occurred during insertion of the IUD and it passed to Douglas pouch. For patients who have IUDs with lost string we should determine the location of the IUD. Uterine perforation should be thought of when empty uterine cavity is seen.

Key Words: Intrauterine devices, uterine perforation, laparoscopy.

GİRİŞ

Rahim içi araçlar (RİA), gelişmekte olan ülkelerde sık kullanılan bir kontrasepsiyon yöntemi olup, ülkemizde de modern yöntemler arasında en sık kullanılan kontrasepsiyon yöntemidir. Dünyanın birçok yerinde olduğu gibi ülkemizde de hekim, hemşire ve ebe gibi eğitim almış olan sağlık personeli tarafından uygulanabilmektedir. RİA'nın takılması sırasında veya takıldıktan sonra çeşitli komplikasyonlar gelişebilmektedir.

RİA'nın komplikasyonları arasında en ciddi olanlardan biri uterus perforasyonu ve bunun sonucunda uterin kavite dışına çıkabilen RİA'lardır. RİA yerleştirilmesi sırasında uterus perforasyonu riski yaklaşık 1/1000'dir. Uterin kavite dışına kaçan RİA'lar, bulunduğu yere göre organ perforasyonlarına, batın içi enfeksiyonlara, apselere ve adezyonlara sebep olabilmektedir (1).

OLGU SUNUMU

38 yaşında, 4 gebelik ve 4 vajinal doğum öyküsü olan hasta kayıp RİA ön tanısı ile kliniğimize sevk edildi. Hastanın kasık ağrısı ve vajinal akıntı şikayeti mevcuttu. RİA'nın yaklaşık 2 yıl önce, hastanın üçüncü doğumundan 6 hafta sonra bir ebe tarafından takıldığı öğrenildi. Hastanın RİA takılma işlemi sırasında şiddetli ağrısının olduğu ve geçmemesi üzerine 1 hafta sonra tekrar aynı kliniğe başvurduğu öğrenildi.

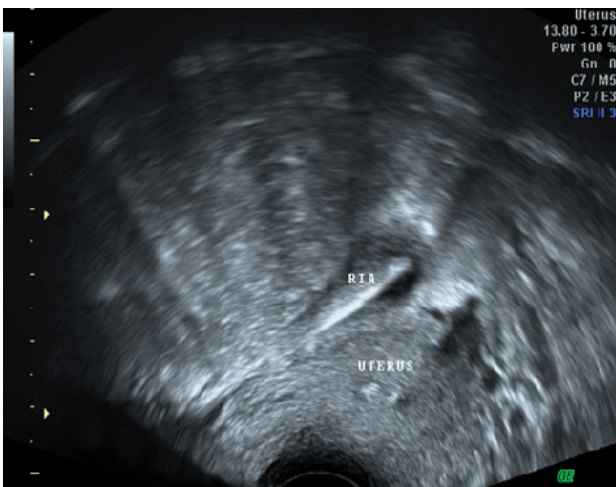
Burada yapılan spekulum muayenesinde RİA ipinin izlenememesi nedeniyle hasta bir üst merkeze sevk edilmiş. Hastaya sevk edildiği hastanede yapılan muayene sonucunda; RİA ipinin görünmediği fakat gebelikten koruyacağı söylenmiş. Hastanın 6 ay sonra adet gecikmesi nedeniyle başvurduğu bir klinikte 8 haftalık gebe olduğu tespit edilmiş. RİA'nın yerleşim yeri konusunda bilgi verilmeyen hastaya, bebeğe zarar vermeyeceği ve doğum sonrasında çıkarılacağı söylenmiş. Gebeliği sorunsuz devam eden hasta kliniğimize başvurmadan 2 ay önce miadında vajinal yolla doğum yapmış ve doğum sonrasında RİA'nın çıkmadığı söylenmiş.

Hastanın yapılan jinekolojik muayesinde; serviks multipar vasıfta olup hareketleri hassas idi. Uterus normal cesamette ve adneksiyal patoloji yoktu. Transvajinal ultrasonografide uterus ve adneksler normaldi. Douglasta, serviks komşuluğunda minimal sıvı ve RİA ekosu izlenmekte idi (Resim 1). Hastaya laparoskopi yapılması planlandı. Yapılan laparoskopide; RİA Douglasta, serviks posterior duvarına yapışık ve üzeri granülasyon dokusu ile kaplanmış şekilde görüldü (Resim 2). RİA'nın takılma esnasında uterus perforasyonu olarak Douglasa yerleştirildiği düşünüldü. RİA laparoskopik olarak çıkarıldı (Resim 3). Tuba ligasyonu isteği de olan hastaya bilateral tubal koterizasyon yapıldı. Post-operatif problemi olmayan hasta 1 gün sonra taburcu edildi.

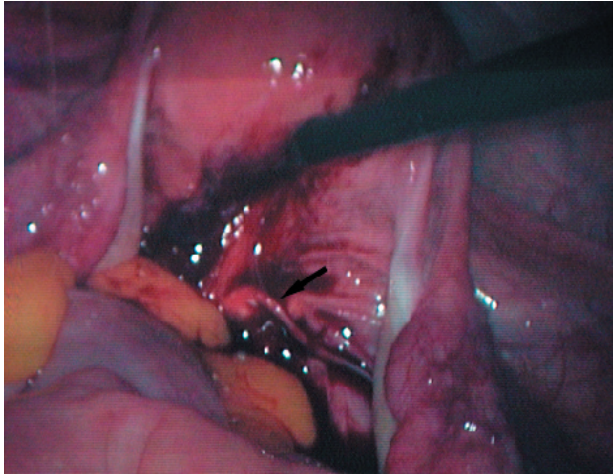
TARTIŞMA

RİA dünyada birçok bayan tarafından tercih edilen, geri dönüşümlü, uzun dönem kullanılabilen ve yüksek koruyuculuğa sahip bir kontrasepsiyon yöntemidir (1). ABD'de bayanların enfekte olma korkusu nedeni ile son zamanlarda kullanımı azalmıştır (2).

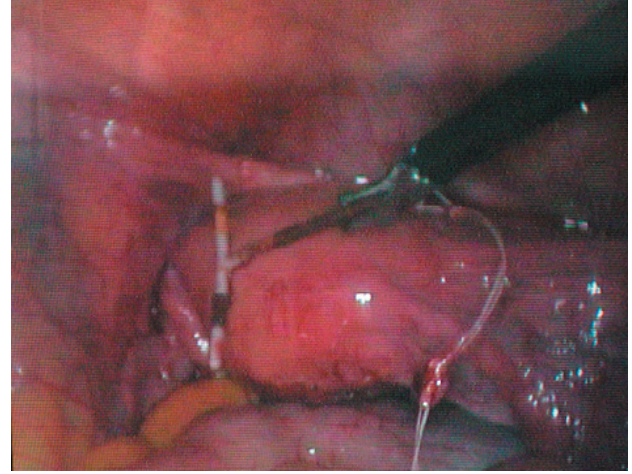
RİA'nın özellikle uzun dönem kullanımında; pelvik inflamatuvar hastalık, pelvik apse, batın içi adezyonlar, infertilite ve uterus perforasyonu oluşabilmektedir. Uterus perforasyonu 1/1000 oranında görülen RİA'nın nadir fakat ciddi bir komplikasyondur(1). Uterus perforasyonu sonucunda yer değiştiren RİA'lar ise değişik klinik



Resim 1. Transvajinal ultrasonografide Rahim içi aracın (RİA) görünümü.



Resim 2. RİA'nın Douglasta üzeri granülasyon dokusu ile kaplı şekilde görüntüsü (ok).



Resim 3. RİA'nın laparoskopik olarak çıkarılması.

tablolar ile karşımıza çıkmaktadır.

Kayıp RİA'nın abdominal kaviteye migrasyonu nadir olmakla birlikte birçok kayıp RİA vakası rapor edilmiştir. Kassab ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada 165 kayıp RİA olgusu incelenmiş, değişik lokalizasyonda; omentum, rektosigmoid, periton, mesane, appendiks, bağırsaklar, adneksiyal alan ve iliak vende kayıp RİA bildirilmiştir (3). RİA'nın mesaneye migrasyonu ve mesanede taş oluşumu, appendiks perforasyonu, kolon duvarına implantasyonu, batin içinde uzun dönem kalmasına sekonder actinomiçes enfeksiyonu gibi değişik klinik tablolarla karşımıza çıkabilmektedir (4-7). Bizim olgumuzda, RİA'nın batin içinde komplikasyona yol açmadığı, RİA çevresinde inflamatuvar reaksiyon ve buna sekonder sıvı birikimi ve granülasyon dokusu izlenmiş fakat aktif enfeksiyon ve apse tablosu gözlenmemiştir.

Hastaların büyük çoğu RİA'yı post-partum veya post-operatif dönemde, uterus tam involusyonda değilken ve servikal os'un tam olarak kapanmadığı dönemde taktırmakta ve RİA uterus kavite dışına atılabilmektedir. Uterus perforasyonlarının çoğunlukla RİA takılması sırasında oluştuğu sanılmaktadır. Bu durum, RİA yerleştirilmesi öncesinde pelvik muayenenin önemini ve RİA takılması sonrasındaki ultrasonografik kontrolün gerekliliğini göstermektedir (8). Tüm patolojik durumlarda olduğu

gibi perfore RİA tedavisinden ziyade, perforasyonun engellenmesi daha önemlidir. Bu nedenle hekim ve hekim dışı sağlık personelinin düzenli ve iyi bir eğitim almaları gerekmektedir.

RİA'nın ultrasonografi yardımı ile uterus kaviteye gözlenememesi durumunda, çok basit ve ucuz bir yöntem olan direkt grafi ile yeri tespit edilebilmektedir. Kayıp RİA'nın uterus kavite içinde olduğu tespit edilip fakat ipinin görülemediği durumlarda novak küret veya dilatasyon ve küretaj (D&C) yardımı ile çıkarılması gerekmektedir. Bu yöntemlerle çıkarılamadığı durumlarda histeroskopi iyi bir tanı ve tedavi yöntemidir (8).

Son yıllarda kullanımı giderek artan progesteronlu bir RİA olan Mirena'nın ultrasonografi ile yer tespiti zor olabilmektedir. Çünkü bakırlı RİA'ların aksine bunlarda akustik gölge sadece proksimal ve distal uçlarda bulunmaktadır(9). Buda intaruterin veya ekstruterin olup olmadığının görülmesini zorlaştırmakta ek tanı yöntemleri gerektirmektedir.

Abdominal kaviteye tespit edilen RİA'ların çıkarılmasında güvenli ve kolay kabul edilebilir bir yöntem olan laparoskopi birçok klinik tarafından ilk seçenek olarak kullanılmaktadır. Laparoskopik tedavi yönteminde başarısızlık nadir olup az sayıda vakada laparotomiye geçilmektedir. Özgün ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada 10

kayıp RİA olgusuna laparoskopi yapılmış sadece 2 tanesinde laparotomiye geçilmiş ve hastalarda postoperatif komplikasyon gözlenmemiştir(10). Abdominal yerleşimli RİA'larda tanı ve tedavide dikkat edilecek önemli bir husus RİA'nın herhangi bir organa implante olup olmadığı veya perfore edip etmediğidir. Bizim vakamızda RİA herhangi bir komplikasyona neden olmadan laparoskopik olarak çıkarılmıştır.

Sonuç olarak RİA yerleştirilmeden önce hastanın tam pelvik muayenesi yapılmalı, enfeksiyon varlığı, uterus pozisyonu değerlendirilmeli 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. Abdominal kavitede tespit edilen RİA'ların çıkarılmasında laparoskopi ilk seçenek olarak kullanılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Peterson H, Curtic K, Meirk O, D'Arcargues C. Contraception. In: Scott JR, Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF, eds. Danforth's Obstetrics and Gynecology. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2003:541-61.
2. Stubblefield F. Family Planning. In: Berek JS, ed. Novak's Gynecology. 13th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002:231-95.
3. Kassab B, Audra P. The migrating intrauterine device. Case report and review of the literature. *Contracept Fertil Sex.* 1999;27:696-700.
4. Rodríguez Collar TL, Gil del Valle Y, Valdés Estévez B, Barquín Carmona VO, García Monzón JA. Bladder lithiasis secondary to intrauterine device migration. Case report. *Arch Esp Urol.* 2008;61:640-3.
5. Ohana E, Sheiner E, Leron E, Mazor M. Appendix perforation by an intrauterine contraceptive device. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2000;88:129-31.
6. Assarian A, Raja MA. Colonoscopic retrieval of a lost intrauterine contraceptive device: a case report and review of articles. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2005;10:261-5.
7. Polat I, Gungorduk K, Polat G, Yildirim G, Aslan H, Tekirdag AI. Persistent subumbilical discharge associated with actinomycosis caused by intrauterine contraceptive device: a case report. *Arch Gynecol Obstet.* 2008;277:457-60.
8. Sun CC, Chang CC, Yu MH. Far-migrated intra-abdominal intrauterine device with abdominal pain. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2008;47:244-6.
9. Nitke S, Rabinerson D, Dekel A, Sheiner E, Kaplan B, Hackmon R. Lost levonorgestrel IUD: diagnosis and therapy. *Contraception.* 2004;69:289-93.
10. Ozgun MT, Batukan C, Serin IS, Ozcelik B, Basbug M, Dolanbay M. Surgical management of intra-abdominal mislocated intrauterine devices. *Contraception.* 2007;75:96-100.