

Olgu sunumu-Case report

İntraabdominal kayıp rahim içi aracın laparoskopik olarak çıkarılması: Olgu sunumu ve literatür incelemesi

Laparoscopic extraction of dislocated intraabdominal Intrauterine Device: Case report and review of the literature

İbrahim Alanbay*, Hakan Çoksüer, Aşkın Evren Güler, Mutlu Ercan, Uğur Keskin, Emre Kardeşahin, İskender Başer

Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı (Yrd. Doç. Dr. İ. Alanbay, Yrd. Doç. Dr. H. Çoksüer, Dr. A. E. Güler, Yrd. Doç. Dr. M. Ercan, Yrd. Doç. Dr. U. Keskin, Yrd. Doç. Dr. E. Kardeşahin, Prof. Dr. İ. Başer), Gülhane Askeri Tıp Akademisi, TR-06018 Ankara

Özet

Laparoskopik olarak çıkarılan intraabdominal kayıp rahim içi araç (RİA)'nın sunulması. 28 yaşında, gravidası 3, paritesi bir olan olgu kliniğimize karın ağrısı ve ateş şikâyeti ile başvurmuştur. Postpartum birinci ayda RİA'nın uygulandığı, aynı yıl molar gebelik nedeniyle bir ay ara ile 2 defa revizyon-küretaj işlemi uygulandığı saptanmıştır. Ayakta batın grafisi ile pelvis dışında sol alt böbrek ucunda RİA ile uyumlu hiperekojen görünüm izlendi. İntraabdominal kayıp RİA laparoskopi ile çıkarıldı. Hasta postoperatif 2. günde sorunsuz taburcu edildi. İntraabdominal kayıp RİA olguları ciddi morbidite ve mortaliteye sebep olan bir durum olup, dikkatli bir şekilde yönetimi yapılmalıdır. Hasta asemptomatik olsa bile uygun vakalarda laparoskopi ile çıkarılması uygun ve etkili bir yöntemdir.

Anahtar sözcükler: Kayıp intraabdominal rahim içi araç, laparoskopi

Abstract

We present a case of intraabdominal intrauterine device extracted by laparoscopy. A 28 years old Gravida 3 Parity one patient have presented to our outpatient clinic with the complaints of abdominal pain and fever. Her history revealed that she had an intrauterine device application a month after her previous delivery, and a few months later she had a molar pregnancy. She had dilatation curettage and revision curettage for molar pregnancy. A direct abdominal X-ray revealed a hyperechogenic mass at left lower renal pole, suggesting the dislocated intrauterine device. The lost intraabdominal intrauterine device removed with laparoscopy. The patient was discharged on the second day after the operation without any complication. Dislocated intrauterine devices may cause serious morbidity and mortality. Intraabdominal intrauterine devices should be managed carefully. Laparoscopic extraction is suggested even for asymptomatic cases.

Keywords: Lost intraabdominal intrauterine device, laparoscopy

Geliş tarihi/Received: 18 Aralık 2010; **Kabul tarihi/Accepted:** 2 Mayıs 2011

*İletişim adresi:

Dr. İbrahim Alanbay, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, TR- 06018 Ankara. E-posta: ialanbay@gmail.com

Giriş

Rahim içi araçlar (RİA) günümüzde yaygın olarak kullanılan güvenli, uzun dönem etkili ve ekonomik bir kontraseptif yöntemlerdir. Ülkemizde en sık kullanılan kontraseptif yöntem RİA olup, 15-49 yaş aralığındaki kadınların %18'i bu yöntemi kullanmaktadır

[1]. Güvenli olarak kullanılmalarına rağmen nadir olarak RİA uygulamalarından sonra uterin perforasyon ve RİA'nın uterusu komşu yapılara ve intraabdominal bölgeye migrasyonu ile organlara zarar verme riski bulunmaktadır. Literatürde uterin perforasyonu ve RİA migrasyon riski 0.05- 13 /1000 uygulama arasında bildirilmiştir [2]. Migrate RİA peritoneal kavitede adezyon formasyonuna, kronik pelvik ağrı, infertilite ve intestinal obstrüksiyona yol açabilir ve organlara zarar verme riski yüzünden çıkarılması önerilir [3].

Bizim bu olgu sunumundaki amacımız, perforasyon sonucu peritoneal kaviteye migrate olan ve batin ön duvarına gömülmüş RİA olgusunun, pelvik ağrı şikâyeti ile gelmesinden sonra tanının ultrasonografi ve abdominal grafi ile konulması ve kayıp RİA'nın laparoskopik olarak çıkarılmasını sunmaktır.

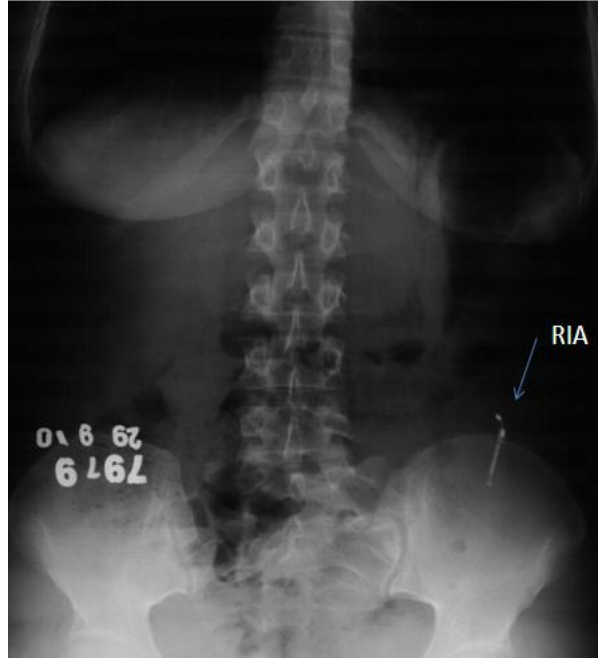
Olgu sunumu

Olgumuz 28 yaşında, gravidası 3, paritesi bir, bir spontan vaginal yolla doğum, bir kez extrauterin gebelik ve molar gebelik öyküsü bulunmaktadır. Olgu kliniğimize karın ağrısı, hafif ateş şikâyeti ile başvurmuştur. Hastanın anamnezinden 2008 yılında spontan vaginal doğum sonrası postpartum birinci ayda RİA'nın uygulandığı, aynı yıl molar gebelik nedeniyle bir ay ara ile 2 defa revizyon-küretaj işlemi uygulandığı saptanmıştır. Hasta bu işlemlerden sonra adet görmediğini ve karın yan bölgede ağrısı olduğunu belirtmiştir. Yine anamnezinden sol yan ağrısı şikâyeti ile birkaç defa başvurduğu dış merkezlerce analjezik tedaviler verilerek mevcut tablonun hafifletildiği öğrenildi. Son olarak aynı şikâyetlerle başvurduğu bir dış merkezde ayakta batin grafisi ile sol yan grafisi çekimi sonrasında bakır-RİA'ya (Copper T) ait radyopak görünümün pelvis dışında sol böbrek alt ucuna uyan alanda izlendiği rapor edilmiştir (Resim 1 ve 2). Abdominal düz film incelendiğinde kemik pelvis dışında, sol iliak kemik kanat üstünde RİA görüntüsü, lateral abdominal grafi ile de doğrulanmıştır.

Başvuru esnasında yapılan değerlendirmesinde; hemodinamik dengesi stabil, vücut ısısı normal olarak saptanmıştır. Olgunun yapılan biyokimyasal incelemesinde beyaz küre; $7300/\text{mm}^3$ olarak saptandı. Diğer analizlerde herhangi bir anormallik saptanmadı. Yapılan muayenede karın sol alt kadranda, sol kostolomber bölgeye doğru yayılan, hareketle artan ağrı saptandı. Batin muayenesinde şüpheli abdominal defans saptandı. Spekulum muayenesinde servikal osta RİA'ya ait ip izlenmedi. Kliniğimizde yapılan sonografik değerlendirmesinde uterin kavite içerisinde RİA izlenmedi.

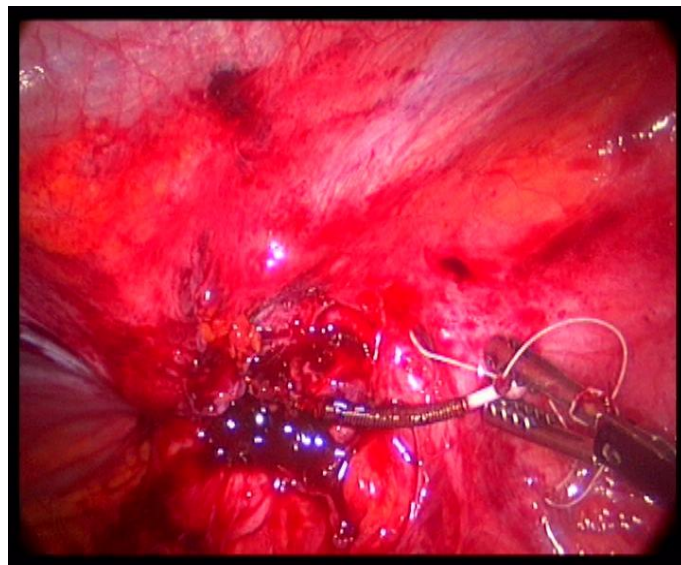


Resim 1. Lateral abdominal grafide RİA görüntüsü



Resim 2. Abdominal grafide iliak kanat içindeki RİA görüntüsü

Histerometri kanülü ile 4 no'lu karman kanülünün kaviteye ulaşamadığı, internal servikal os seviyesinde zorlandığı gözlemlendi. Hastaya mevcut klinik bulgular ışığında kayıp RİA ve Ascherman sendromu ön tanıları ile tanısız laparoskopi ve histeroskopi planlandı. Hastaya preoperatif geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi başlandı. İntraoperatif laparoskopik değerlendirmede uterus ve bilateral overler normal, uterus ve overler ve diğer pelvik yapılar arasında adezyon izlenmedi. Douglas boşluğu normal olarak izlendi, yine laparoskopide sol batın ön duvarı yan bölgede, sol epigastrik arter trasesine uyan alanın altında omentum ile konglomere olmuş adezyon olduğu gözlemlendi. Bu bölgenin düz abdominal grafideki RİA lokalizasyonuna uyduğu saptandı. Disseksiyon ile yapışık olan bölge açılarak RİA çıkarıldı (Resim 3). Hastada muhtemel kavitede küretaj işlemi sonrası gelişen yapışıklık tablosu histeroskopik makasla giderildi. Postoperatif antibiyotik baskısı altına alınan hasta postoperatif ikinci günde sorunsuz olarak taburcu edildi.



Resim 3. Laparoskopi sırasında batın ön duvarında RİA'nın çıkarılması

Tartışma

RİA halen dünyada en sık kullanılan kontraseptif yöntem olup, kullanımı coğrafi değişiklik gösterir ve en sık kullanımı % 43 ile Çin olup, bu oran Amerika için % 1'den daha azdır. Ülkemizde de en sık kullanılan kontraseptif yöntemdir [1]. Güvenli olarak kullanılmasına rağmen, RİA kullanılmasına bağlı oluşan komplikasyonlardan biride uterin perforasyondur. Uterus perforasyonu çok sık olmamakla beraber RİA olgularındaki en ciddi sorunlardan biridir [2]. Çalışkan ve ark. [4] RİA'ya bağlı 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. Bizim olgumuzda da postpartum birinci ayda RİA takılması öyküsü bulunmaktadır. Ancak daha sonra olgumuzda molar gebelik geliştiği bilinmektedir. RİA kullanan olgularda eğer istenmeyen bir gebelik meydana gelmişse, mutlaka RİA'nın etkisinin azalmasına neden olan perforasyon ekarte edilmelidir [5]. Bizim olgumuzda muhtemelen postpartum dönemde RİA takılmasına bağlı perforasyon olduğu ve RİA'ya bağlı molar gebelik olduğu ve RİA varken gebeliğin küretaj ile boşaltılması sırasında perforasyon ile RİA'nın batın içine migrate olduğu düşünülmektedir. Ancak küretaj işlemi sırasında RİA'nın kavitede olup olmadığı veya kavite içindeki RİA'nın bu işlem sırasında itildiğine yönelik bilgi bulunmamaktadır. Parsiyel uterin perforasyonlarında RİA uterin duvar veya servikte izlenirken, komplet olgularda ise uterusu bitişik organlarda; mesane, appendiks, rektosigmoide gömülmüş olarak, daha az sıklıkta transloke RİA peritoneal kaviteye migrate olarak ektrauterin bölgelerde görülebilir [3, 6, 7]. Bizim olgumuzda uterus perforasyonu sonucu RİA migrate olarak karın boşluğuna geçmiş ve batın ön duvarında gömülü olarak ve omentumla çevrelenmiş olarak saptanmıştır.

Perforasyon riskinden kurtulmanın en iyi yolu RİA uygulanacak olguların dikkatlice seçilmesi ve uygulanan olguların düzenli periyodlar hâlinde kontrol edilmesidir. Transvaginal sonografik muayene ile özellikle uygulanma öncesi uterin anatomisinin ve olası patolojilerinin(myom, uterin anomali vb.) tanınması ve uygulandıktan sonrada 4 - 12 hafta içinde tekrarlanması önerilmektedir [8]. Ultrasonografi RİA'nın endometrial kavitede gösterilmesinde ve düzgün yerleştirildiğinin değerlendirilmesinde en güvenli, non- invazif bir yöntemdir [2, 8]. Bizim olgumuzda da RİA uygulanmış hasta kliniğimize pelvik ağrı olarak gelmiş ve yapılan ultrasonografide kavitede RİA izlenmemiştir.

Hastaların anamnezinde RİA uygulanımı, çekilme hikâyesi, kaviteye işlem (küretaj vb) olan olgularda ve pelvik ağrısı olan ve ultrasonografide kavitede RİA saptanmayan olgularda kayıp RİA'dan şüphelenilmelidir. Bu olgularda dikkatli muayene ve gerekli görüntüleme yöntemleri kullanılmalıdır. Bizim olgumuzda da RİA kavite içinde izlenmeyince ilk olarak kayıp RİA'dan şüphelenilmiştir. Kayıp RİA olgularında lokalizasyon tanısı için ultrasonografi, histeroskopi, X- ray, gerekirse bilgisayarlı tomografi ve cerrahi prosedür (laparoskopi veya laparotomi) işlemleri yapılmalıdır. Ancak kayıp RİA olgularında düz abdominal grafi ilk seçenek olmalıdır [8]. Bizim olgumuzda düz abdominal grafide RİA batın içinde saptanmıştır. Kayıp RİA olgularında migrasyonun gerçekleştiği bölgeye ve migrasyon miktarına bağlı olarak abdominal yerleşimde kronik pelvik ağrı, mesane yerleşiminde idrar yolu enfeksiyonları, irritasyon ve bağırsak yerleşiminde tenezm ile spesifik olmayan ağrı bildirilmektedir [9]. Bizim olgumuz pelvik ağrı bulguları ile gelmiştir. Sonuçta uterin perforasyon kayıp RİA olgularında sık görülen ve ciddi morbidite ve mortaliteye sebep olan bir durum olup, dikkatli bir şekilde yönetimi yapılmalıdır. Abdominal kavitede copper RİA, adezyon formasyonuna ve buna bağlı tekrarlayan abdominal ağrı, bağırsak obstrüksiyonuna ve infertiliteye yol açabilir. Bu durumda hasta asemptomatik olsa bile abdominal RİA çıkarılmalıdır [10]. Bizim olgumuzda RİA batın ön duvarına gömülmüş ve etrafı omentum ile kaplı yani adezyona yol açtığı saptanmıştır. Ekstaruterin, intraabdominal RİA olgularında laparoskopi RİA'nın çıkarılmasında birinci seçenektir [11]. Eğer bağırsak perforasyonu veya sepsis bulguları varsa laparotomi seçilmelidir. Bağırsak perforasyonu sonucu abse formasyonu, intestinal infarkt veya volvulusa yol açabilir [12]. Bizim olgumuzda perforasyon veya sepsis bulguları saptanmamıştır. Ancak bu

olasılıklara karşı uygun antibiyotik tedavileri başlanmış ve antibiyotik baskısı altında tedavi planlanmıştır. Bizim olgumuzda minimal invazif girişim olarak laparoskopi ile kayıp RİA sorunsuz çıkarılmıştır.

Sonuç olarak RİA uygulamalarının önemli bir komplikasyonu uterin perforasyon olup RİA'nın batın içine migrasyonu olabilir. Uygun olgularda laparoskopi ile çıkarılması uygun ve etkili bir yöntemdir.

Kaynaklar

1. Bilian X. Intrauterine device. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2002; 16: 155-68.
2. Grimaldi L, DeGeorgio F, Andreotta P, D Alessio MC, Piscicelli C, Pascali VL. Medioplegic aspect of an unusual uterine perforation with multiload-Cu 375 R. *Am J Forensic Med Pathol* 2005; 26: 365-6.
3. Tuncay YA, Tuncay E, Guzin K, Ozturk D, Omurcan C, Yucel N. Transuterine migration as a complication of intrauterine contraceptive devices: six case reports. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2004; 9: 194-200.
4. Caliskan E, Ozturk N, Dilbaz BO, Dilbaz S. Analysis of risk factors associated with uterine perforation by intrauterine devices. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2003; 8: 150-5.
5. Thonneau P, Goulard H, Goyaux N. Risk factors for intrauterine device failure: a review. *Contraception* 2001; 64: 33-7.
6. Sharifiaghdas F, Mohammadali BF, Abdi H. Laparoscopic removal of a migrated intrauterine device. *Urol J* 2007; 4: 177-9.
7. Verma U, Verma N. Ovarian embedding of a transmigrated intrauterine device: a case report and literature review. *Arch Gynecol Obstet* 2009; 280: 275-8.
8. Tinelli A, Tinelli R, Malvasi A, Cavallotti C, Tinelli FG. The intrauterine device in modern contraception: Still an actuality? *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2006; 11: 197-201.
9. Levsky JM, Herkovits M. Incidental detection of a transmigrated intrauterine device. *Emerg Radiol* 2005; 11: 312-4.
10. Gorsline JC, Osborne NG. Management of the missing intrauterine contraceptive device: Report of a case. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 153: 228-9.
11. Demir SC, Cetin MT, Ucunak IF, Atay Y, Toksoz L, Kadayifci O. Removal of intra-abdominal intrauterine device by laparoscopy. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2002; 7: 20-3.
12. Sentilhes L, Lefebvre-Lacoeuille C, Poilblanc M, Descamps P. Incidental finding of an intrauterine device in the sigmoid colon. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2008; 13: 212-4.