

Olgu Sunumu

SİGMOİD KOLONDA YERLEŞMİŞ RAHİM İÇİ ARAÇ : OLGU SUNUMU

Gültekin KÖSE¹, Nurettin AKA¹, Cemile KANLIKAMA², Murat ALPAY²

ÖZET

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.

Ağrı şikayeti ile kliniğimize başvuran hasta anemnezinde 1,5 yıl önce Rahim içi araç takıldığını belirtmiştir. Yapılan Ultrasonografide Rahim içi araç uterin kavitede görülemedi ve çekilen direk batin grafisinde batin içinde saptandı. Gerekli hazırlıklardan sonra hastaya Laparoskopi uygulandı. Sadece ipi görülen Rahim içi aracın sigmoid kolonun içinde olduğu gözlemlendi. Perop cerrahi konsültasyonu istendi. Rahim içi araç çıkarılırken oluşan 1cm.'lik perforasyon aynı seansta mini laparotomi uygulanarak primer onarıldı. Hastamız herhangi bir komplikasyon gelişmeden taburcu edildi.

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, sigmoid kolon.

Intrauterine Device in the sigmoid colon: Case Report

SUMMARY

Intrauterine device (IUD) is a common contraceptive method used worldwide, especially in the developing countries. Uterine perforation while inserting the IUD is a rare but important complication.

The patient presenting to our clinic with pelvic pain reported having an IUD inserted 1,5 years ago. The intrauterine device could not be visualised by ultrasound, while a pelvic roentgenogram revealed an IUD in the pelvic area. Following preoperative preparations laparoscopy was done. The IUD was embedded in the sigmoid colon and only the removal strings could be seen. Surgical consultation was requested during the operation. The 1 cm perforation which occurred while removing the IUD from the colon was repaired with primary sutures with a mini laparotomy. The patient was discharged without any complications.

IUD localisation needs to be determined when the removal strings cannot be visualised during pelvic examination. Uterine perforation should be considered in patients when the IUD cannot be visualised

* T.C.S.B. Haydarpaşa Numune EAH Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Uzman Doktor

** T.C.S.B. Haydarpaşa Numune EAH Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Asistan Doktor

*** T.C.S.B. Haydarpaşa Numune EAH Genel Cerrahi Kliniği, Uzman Doktor

in the uterine cavity.

Key words: Intrauterine device, Uterine perforation, laparoscopy, sigmoid colon.

GİRİŞ

Rahim içi araçlar (RİA), Ülkemizde 2008 verilerine göre 15-49 yaşları arasında %16,9'la en sık kullanılan kontrasepsiyon yöntemlerinden biridir. Bazı batı ülkelerinde RİA kullanımı; İngiltere'de 2008 verilerine göre %10, Amerika Birleşik Devletleri'nde 2006 verilerine göre %5,3'tür¹.

Dünyanın birçok yerinde olduğu gibi ülkemizde de RİA'lar hekimlerin yanısıra eğitim almış hemşire ve ebe gibi olan sağlık personeli tarafından da uygulanabilmektedir. RİA'nın takılması sırasında veya takıldıktan sonra çeşitli komplikasyonlar gelişebilmektedir.

Dünyada yaygın olarak kullanılan RİA'nın kullanımı sırasında kanama, enfeksiyon, dış gebelik, düşük ve uterus perforasyonu gibi çeşitli komplikasyonlar görülebilir². 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'dir³. Uterin kavite dışına kaçan RİA'lar, bulunduğu yere göre organ perforasyonlarına, batın içi enfeksiyonlara, apselere ve adezyonlara sebep olabilmektedir⁴.

OLGU SUNUMU

Olgumuz 21 yaşında ve iki yaşayarı mevcut olup, 1,5 yıl önce dış merkezde RİA taktırmış. Son dönemlerde karın ağrısı ve sol yan ağrısı şikayeti olması üzerine kliniğimize başvurmuş. Muayene sonrası yapılan USG'de RİA görülmemiş, çekilen direkt batın grafisinde ise RİA'nın batın içinde olduğu saptanmış. Gerekli hazırlıklardan sonra hastaya 04.11.2014 tarihinde L/S yapıldı, RİA'nın sigmoid kolona gömülü olduğu, sadece ipinin varlığı gözlemlendi. Operasyona genel cerrahi uzmanı dahil oldu, RİA ipinden tutularak çıkarıldı, sigmoid kolonun 1 cm.'lik perfore olan kısmı mini laparotomi yapılarak primer onarıldı. Sol alt kadrant lokalizasyonuna no:24 soft diren yerleştirilerek operasyon usulüne uygun tamamlandı. Hasta postop 6.gününde

komplikasyon gelişmemesi üzerine taburcu edildi

TARTIŞMA

RİA dünyada birçok bayan tarafından tercih edilen, geri dönüşümlü, uzun dönem kullanılabilen ve yüksek koruyuculuğa sahip bir kontrasepsiyon yöntemidir.

RİA'nın özellikle uzun dönem kullanımında; pelvik inflamatuvar hastalık, pelvik apse, batın içi adezyonlar, infertilite ve uterus perforasyonu oluşabilmektedir. Uterus perforasyonu riski RİA'nın her 1000 yerleştirilmesinde 0,87 ile 2,2 arasında değişen oranlarda olduğu bildirilmektedir².

Uterus perforasyonu sonucunda yer değiştiren RİA'lar ise değişik klinik tablolar ile karşımıza çıkmaktadır⁴.

RİA uterus kavitesi dışında olması iki şekilde olur.

1 - Uterustan ayrılmamış, bir kısmı ya da tamamı uterus duvarında(miyometriumda) kalır. Buna tam olmayan (inkomplet=parsiyel) perforasyon denilir.

2 - RİA endometriyal kaviteden ayrılıp batın içi periton boşluğuna ulaşır, batın boşluğundaki organların yakınında bulunur. Bu da tam perforasyon (komplet) olarak isimlendirilir⁵⁻⁷.

Kayıp RİA'nın abdominal kaviteye migrasyonu nadir olmakla birlikte birçok kayıp RİA vakası rapor edilmiştir. Kassab ve arkadaşlarının⁸ yaptığı bir araştırmada 165 kayıp RİA olgusu incelenmiş, değişik lokalizasyonda; omentum, rektosigmoid, periton, mesane, appendiks, bağırsaklar, adneksiyal alan ve iliak vende kayıp RİA bildirilmiştir. RİA'nın batın içinde uzun dönem kalmasına sekonder actinomiçes enfeksiyonu gibi değişik klinik tablo ile de karşımıza çıkabilmektedir⁹⁻¹².

Anderson ve ark.¹³ uterusun perforasyonu ile batın içine geçen RİA'ların çoğunun omentum ve appendiks yakınında bulunduğunu belirtmişlerdir. Köşüş ve ark.¹⁴, uterus perforasyonu sonrasında RİA'nın neden olduğu pelvik veya batın içi organ (omentum, mesane, broad ligament, apendiks, sigmoid kolon) tutulumunun %35 olduğunu ve bu tutulan organların da yaklaşık %55'inin omentum olduğunu belirtmişlerdir.

Uterus kavitesi dışında saptanmış bir RİA'nın

çıkartılmasında laparaskopi gibi minimal invaziv tekniklerin kullanılması bu hastaların tedavilerinin yönetiminde en uygun seçenektir. Laparaskopiyle çıkarılmadığı durumlarda RİA, bulunduğu yerden laparotomi yapılarak çıkarılabilir. Özgün ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada 10 kayıp RİA olgusuna laparaskopi yapılmış sadece 2 tanesinde laparotomiye geçilmiş ve hastalarda postoperatif komplikasyon gözlenmemiştir¹⁵.

Bizim olgumuzda da, RİA'nın batın içinde olduğu, RİA'nın sigmoid kolonun içine girdiği sadece ipinin dışarıda olduğu gözlemlendi. Operasyona genel cerrahi uzmanı dahil oldu, RİA ipinden tutularak çıkarıldı, sigmoid kolonun 1 cm.'lik perfore olan kısmı, mini laparotomi yapılarak perforasyon alanı primer onarıldı.

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 uterusun kavite dışına atılabilmektedir. Uterus perforasyonlarının çoğunlukla RİA takılması sırasında oluştuğu sanılmaktadır, nadiren de RİA'nın bulunduğu yerden migrasyonu sonrası ortaya çıkar^{6,7,14}. Çalışkan ve ark.¹⁶ doğumdan sonraki ilk 6 ay içinde ve laktasyon döneminde RİA yerleştirilmesinin perforasyon riskini %70 oranında arttırdığı, RİA yerleştirilmesinin doğumdan sonra 6. aydan sonraya ertelenmesinin daha güvenli olduğunu, perforasyon riskini azalttığını işaret etmişlerdir. Harma ve ark.¹⁷, uterus perforasyonunun doğumdan sonraki ilk 1 yıl içinde %60,9 oranında olduğunu bulmuşlardır. Bizim olgumuzda RİA doğumdan 6 ay sonra ve laktasyon döneminde takılmış ve literatürdeki çalışmalarla uyumlu olduğu görülmüştür.

RİA yerleştirilmesi öncesinde Uterusun bimanuel muayenesi, histerometri ölçümü, ultrasonik görüntüleme bize uterusun boyutları, konumu hakkında önemli bilgiler verir⁶. Tüm patolojik durumlarda olduğu gibi perfore RİA tedavisinden ziyade, perforasyonun engellemesi daha önemlidir^{14,18}. Bu nedenle; hekim ve hekim dışı sağlık personelinin düzenli ve iyi bir eğitim almaları gerekmektedir.

RİA'nın ultrasonografi yardımı ile uterusun

kavitede gözlenememesi durumunda, çok basit ve ucuz bir yöntem olan direkt batın grafisi ile yeri tespit edilebilmektedir. 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 olgumuzda da USG'de RİA'nın uterus içinde görülmemesi üzerine direkt batın grafisi ile batın içinde olduğu saptanmıştır. RİA laparoskopik yöntemle çıkarılmış, oluşan sigmoid kolondaki perforasyon mini laparotomi ile primer suture edilmiştir.

Sonuç olarak RİA yerleştirilmeden önce hastanın tam pelvik muayenesi yapılmalı, enfeksiyon varlığı, uterus pozisyonu değerlendirilmeli ve gebelik olmadığından emin olunmalıdır. İşlemden sonra RİA'nın uterusun 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 laparaskopi ilk seçenek olarak kullanılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. United Nations. Population Division, Department of Economic and Social Affairs. World contraceptive use 2010 (POP/DB/CP/
2. Aydın A, Kınaş MG, Öztürk M. Rahim İçi Araç Kullanan Kadınlarda Uterus Perforasyonu: Üç Olgu Sunumu ve Literatürün İncelenmesi. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2013;23(1):43-8
3. 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.
4. Balcı O, Özdemir S, Mahmoud AS . İhmal edilmiş bir kayıp Rahim içi araç sonrası oluşan ve miadında doğan gebelik Selçuk Tıp Derg 2009;25 (4):215-218
5. 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(7):335-53.
6. Zakin D, Stern WZ, 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(8):401-17.
7. World Health Organization Technical Report Series 753, Report of a WHO Scientific Group. Mechanism of Action, Safety and Efficacy of Intrauterine Devices. Geneva: World Health Organization; 1987. p.45-8.
8. Kassab B, Audra P. The migrating intrauterine device.

- Case report and review of the literature. *Contracept Fertil Sex.* 1999;27:696-700.
9. 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
 10. 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.
 11. 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.
 12. 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.
 13. Andersson K, Ryde-Blomqvist E, Lindell K, Odling V, Milsom I. Perforations with intrauterine devices. Report from a Swedish survey. *Contraception* 1998;57(4):251-5.
 14. Özkaya O, Sezik M, Bulut M, Kaya H. [Missing intrauterine device with sigmoid colon perforation: presentation of a neglected case]. *J Turk Soc Obstet Gynecol* 2009; 6(2):128-31.
 14. Köşüş A, Köşüş N, Çapar M. An unusual complication of intrauterine contraceptive device: perforation; review of literature. *Türkiye Klinikleri J Gynaecol Obstet* 2006;16(3): 88-94.
 15. 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
 16. Caliskan E, Oztürk N, Dilbaz BO, Dilbaz S. Analysis of risk factors associated with uterine perforation by intrauterine devices. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2003;8(3):150-5.
 17. Harma M, Harma M, Kafalı H, Yaltalı T, Demir N. Diagnostic methods and management of mislocated intrauterine devices. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2003;13(4):305-8.