

## SİGMOİD KOLONU PERFORE EDEN KAYIP İNTRAUTERİN ARAÇ: İHMAL EDİLMİŞ BİR OLGU SUNUMU

Okan ÖZKAYA, Mekin SEZİK, Murat BULUT, Hakan KAYA

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Isparta

### ÖZET

*İntrauterin araçlar dünyada gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde sık kullanılan kontraseptif yöntemlerden birisidir. İntrauterin araçlar oldukça etkin ve ucuz yöntemlerdir. Ancak, takılması sırasında uterin perforasyonlar olabilmektedir. Biz kliniğimizde, intrauterin araca bağlı uterus ve sigmoid kolon perforasyonu olan 38 yaşındaki bir vakayı sunmayı amaçladık. Altı yıllık intrauterin araç öyküsü olan hastanın, uterin ve kolon perforasyonu, jinekolojik muayene ve probe küretaj geçirmesine rağmen tanınmamıştı. İntrauterin araç taktırma öyküsü olan ve uterus kavitesinin boş olduğu hastalarda uterus perforasyonu akılda tutulmalıdır. Bu durumda abdomino-pelvik X-ray grafi çekilmesi ihmal edilmemelidir.*

**Anahtar kelimeler:** intrauterin araç, kolon perforasyonu, uterus perforasyonu, x-ray grafi

*Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, (TJOD Derg), 2009; Cilt: 6 Sayı: 2 Sayfa: 128- 31*

### SUMMARY

#### MISSING INTRAUTERINE DEVICE WITH SIGMOID COLON PERFORATION: PRESENTATION OF A NEGLECTED CASE

*Intrauterine devices are one of the most common employed methods of contraception in undeveloped and developing countries. They are quite effective and inexpensive. However, uterine perforations might be encountered during insertion. Here, we report a 38-year-old woman with uterine and sigmoid colon perforation associated with an intrauterine device. Uterine and colon perforation had not been diagnosed following 6 years of insertion despite a number of pelvic examinations and endometrial sampling procedure. Perforation of uterus should be sought if a previously inserted intrauterine device can not be located in the uterine cavity. Minimally, an abdominopelvic X-radiograph should not be omitted in such an incident.*

**Key words:** colon perforation, intrauterine device, uterine perforation, x-radiograph

*Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2009; Vol: 6 Issue: 2 Pages: 128- 31*

---

**Yazışma adresi:** Doç. Dr. Okan Özkaya. 32040, Isparta

Tel.: (0542) 326 59 00

e-posta: drokanozkaya@yahoo.com

Alındığı tarih: 18.10 2008, revizyon sonrası alınma: 19.12 2008, kabul tarihi: 09.01.2009

## GİRİŞ

Intrauterin araçlar (Rahim içi araç=RİA) dünyada gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde sık kullanılan kontraseptif yöntemlerden birisidir. Kontraseptif yönden RİA oldukça etkin olmakla beraber, aynı zamanda ucuz yöntemdir<sup>(1)</sup>. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de hekim, hemşire ve ebe gibi eğitim almış olan birçok sağlık personeli tarafından uygulanabilmektedir. RİA takılması genellikle kolay olmasına rağmen, takılma işlemi sırasında ve sonrasında perforasyonlar görülebilmektedir<sup>(2)</sup>. Perforasyonların çoğunluğu takılma işlemi sırasında oluşur. Ancak bazı inkomplet perforasyonlardan sonra uterus kontraksiyonları ile RİA yer değiştirip komplet perforasyonlar gelişebilmektedir<sup>(3,4)</sup>. RİA perforasyonlarının en önemli komplikasyonu, %15 oranında görülen barsak perforasyonudur<sup>(3)</sup>. □

Pelvik kitle tanısıyla kliniğimize sevk edilen, 6 yıl önce RİA takılmış ve kolon perforasyonu olmuş, ancak RİA'nın düştüğü zannedilerek tanı konulamayan bir vakayı sunmayı amaçladık.

## OLGU SUNUMU

38 yaşında gravida 3, paritesi 3 olan hasta; kliniğimize pelvik kitle ön tanısıyla sevk edildi. Hastanın anamnezinde, özgeçmişinde önemli bir hastalığının olmadığı öğrenildi. Son bir aydır karın ağrısı, ara ara ishal ve ateş şikayeti olan hastanın, halsizlik ve iştahsızlığı vardı. Bu bir ay içinde farklı antibiyotik tedavileri aldığı öğrenildi. Hastanın 6 yıl önce kontraseptif amaçlı Copper T 380A RİA taktığı öğrenildi. Ancak bundan sonra olan kanama şikayetleri nedeniyle birkaç kez jinekolojik muayene olduğu, 2 kez probe küretaj yapıldığı ve bu sırada hastaya RİA'nın düşmüş olabileceğinin belirtildiği saptandı. □

Hastanın yapılan jinekolojik muayenesinde servikte RİA iplerinin olmadığı gözlemlendi, sağ pelvik bölgeyi dolduran semisolid düzensiz konturlu 10x12 cm ebatlarında lezyon saptandı. Transvajinal ultrasonografide uterus kavitesinin boş olduğu, sağda daha çok abse ile uyumlu olabilecek lezyonun bulunduğu saptandı. Ancak yine ultrasonografide fundus arka duvarda 1 cm uzunluğunda ve 1-2 mm genişliğinde ekojen bir yapı saptandı. Takiben hastaya X-ray grafi çekildi ve batında bir adet RİA olduğu

izlendi. Hastanın laboratuvar bulguları lökosit:18.000 /mm<sup>3</sup>, sedimentasyon:78 mm/saat ve CRP: 32 mg/L olup diğer parametreler normal sınırlardaydı. □

Hastaya laparotomi uygulandı. Pelviste abse kitlesi içerisinde sigmoid kolon ve uterus fundusunun birbirine yapışık olduğu saptandı. Yapışıklıklar ayrıldıktan sonra yapılan gözlemlerde RİA'nın serbest iki kolunun sigmoid kolon içinde, sap kısmının ise uterus fundal myometriyumunda olduğu saptandı (Resim 1). RİA çıkartıldıktan sonra sigmoid kolon perforasyon hattı kenarları eksize edilip kolon primer sütür ile kapatıldı. Takiben uterus primer onarıldı ve abse odakları temizlendi. Postoperatif dönemde hasta problemsiz olarak taburcu edildi.



**Resim 1:** Sigmoid kolonu perforere eden RİA (kalın ok), uterus perforasyon alanı (kesik ok).

## TARTIŞMA

RİA takılmasının en ciddi komplikasyonu perforasyondur<sup>(5)</sup>. Uterus perforasyonu sıklığı literatürde yaklaşık 1.2-1.3/1000 olarak belirtilmektedir<sup>(3,6)</sup>. RİA'ya bağlı uterus perforasyonu sıklığı, RİA'nın tipi, takan kişinin deneyimi, uterusun pozisyonu ve uygulama zamanı ile ilişkilidir<sup>(7)</sup>. Perforasyonun ensik olduğu dönem postpartum veya postabort uygulanma sonrasındır. Ancak uygulayan kişi ne kadar deneyimli olursa olsun yinede perforasyon olabileceği akıldan çıkartılmamalıdır<sup>(8)</sup>. □

Uterus perforasyonlarının çoğunluğu posterior ve fundal duvarda olmaktadır<sup>(9)</sup>. Bu perforasyonların %85'inde herhangi bir batın içi organ yaralanması olmamakta, ancak geri kalanlarda başta barsak olmak üzere, diğer batın içi organ yaralanmaları görülebilmektedir<sup>(3)</sup>. Arslan ve ark. literatür taramalarında bu yaralanmaların %40.4'nün sigmoid kolon, %21.3'nün

incebarsak ve %21.3'nün ise rektumda olduğunu belirtmişlerdir<sup>(2)</sup>.□

Uterus perforasyonu olan hastaların çoğunluğu uzun süre asemptomatik olabilir. Hatta literatürde 10-13 yıla kadar klinik bulgu vermeyen vakalar bildirilmiştir<sup>(4,10)</sup>. Ancak bununla beraber, abdominal ağrı, ateş, akut batın, vajinal kanama, barsak obstrüksiyonu bulguları da bildirilmektedir<sup>(4,6,11,12)</sup>. Barsak perforasyonlarının tipik klinik bulguları olmamakla beraber literatürde en sık ishal, abdominal rahatsızlık ve ateş triadından bahsedilmektedir<sup>(1,12)</sup>.□

Bizim vakamızda 6 yıldan sonra klinik bulgu vermesi açısından Mederos ve ark.<sup>(4)</sup> ve Sogaard K'nin<sup>(10)</sup> olgularına benzemektedir. Ancak bizim vakamız literatürden farklı olarak, ihmal edilmiş ve tanı konulamamış bir vakadır. Çünkü hasta bu 6 yıllık sürede 2-3 kez jinekolojik muayene geçirmiş ve 2 kez probe küretaj yapılmıştır. Son 1 ay içerisinde 2-3 kez abdominal ağrı, bulantı, ishal şikayeti ile muayene olmasına rağmen X-ray grafi çekilmemiştir. Bu nedenle hastaya uterus perforasyonu tanısı daha önce konulamamıştır.□

Biz vakamızda hastaya laparotomi uyguladık. Laparoskopik yaklaşım düşünmememizin nedeni, muayenede ele gelen kitlenin ve pelvik bölge organlarının serbest olmaması ve konglomera kitle imajı vermesiydi. Bu nedenle laparoskopik olarak kitlenin ve RİA'nın çıkartılamayacağı kanaatine vardık. Hastaya aynı anda aerob ve anaerob etkinliği olan antibiyotik tedavisi başladık. Bizim yaklaşımımız antibiyoterapi ile akut faz baskılanmadan cerrahi yapılması açısından eleştirilebilir. Ancak hastanın son bir ay içinde farklı antibiyoterapi rejimleri alması, ağrı ve bulantı şikayetlerinin olması nedeniyle cerrahi girişimi daha uygun bulduk.□

Kayıp RİA tanısında hem ucuz, hem de güvenilir olduğu için en uygun yöntem, X-ray grafidir<sup>(13)</sup>. Ancak, X-ray grafide uterusun vizualize olmadığı ve bu nedenle pelvik RİA'ların ekstrauterin olup olmadığının ayrımının yapılamayacağı akılda tutulmalıdır. Burada yapılan bir transvajinal ultrasonografi ile uterus kavitesinin boş olduğunun görülmesi veya abdominal ve pelvik bilgisayarlı tomografi tanıyı kolaylaştıracaktır<sup>(1,4)</sup>. □

RİA'ya bağlı uterus perforasyonlarının standart tedavisi, laparoskopik veya laparotomik yaklaşımdır. Literatürde kolonoskopi ile RİA çıkartılan vakalar bildirilmektedir<sup>(9)</sup>. Tanı konulduğu anda olabildiğince

erken dönemde RİA'nın çıkartılması önemlidir. Tüm patolojik durumlarda olduğu gibi perfore RİA tedavisinden ziyade, perforasyonun engellemesi daha önemlidir. Bu nedenle hekim ve hekim dışı sağlık personelinin düzenli ve iyi bir eğitim almaları gerekmektedir<sup>(14)</sup>. Bizim vakamızdaki en önemli durum, hastanın birkaç kez jinekolojik muayene ve probe küretaja rağmen RİA perforasyonu tanısının konulamamasıdır. □

Sonuç olarak, RİA taktırma öyküsü olan ve uterus kavitesinin boş olduğu hastalarda uterus perforasyonu akılda tutulmalıdır. Bu durumlarda en azından abdomino-pelvik X-ray grafi çekilmesi ihmal edilmemelidir.

## KAYNAKLAR

- 1.□ Speroff L, Glass RH, Kase NG. The intrauterine device. In: □ Mitchell C, editor. Clinical gynecologic endocrinology and □ infertility. 5th ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1994: 777-□ 89.
- 2.□ Arslan A, Kanat-Pektas M, Yesilyurt H, Bilge U. Colon penetration □ by a copper intrauterine device: a case report with literature □ review. Arch Gynecol Obstet 2008 Jul 1. [Epub ahead of print]
- 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.□ Mederos R, Humaran L, Minervini D. Surgical removal of an □ intrauterine device perforating the sigmoid colon: A case □ report. Int J Surg. 2007 Feb 27. [Epub ahead of print]
- 5.□ Velázquez Velasco JR, Vilchis Nava P, Nevarez Bernal RA, □ Kably Ambe A. Uterine and jejunum perforation due to intrauterine □ device. A report of a case and literature review. Ginecol Obstet □ Mex 2006; 74: 435- 8.
- 6.□ Chen CP, Hsu TC, Wang W. Ileal penetration by a Multiload-□ Cu 375 intrauterine contraceptive device. A case report with □ review of the literature. Contraception 1998; 58: 295- 304.
- 7.□ Andersson K, Ryde-Blomqvist E, Lindell K, Odland V, Milsom □ I. Perforations with intrauterine devices. Report from a Swedish □ survey. Contraception 1998; 57: 251- 5.
- 8.□ Nceboz US, Ozçakir HT, Uyar Y, Çağlar H. Migration of an □ intrauterine contraceptive device to the sigmoid colon: a case □ report. Eur J Contracept Reprod Health Care 2003; 8: 229- □ 32.
- 9.□ Medina TM, Hill DA, DeJesus S, Hoover F. IUD removal □ with colonoscopy: a case report. J Reprod Med 2005; 50: 547-

- 9.
10. Sogaard K. Unrecognized perforation of the uterine and rectal walls by an intrauterine contraceptive device. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993; 72: 55- 6.
11. Disu S, Boret A. Asymptomatic ileal perforation of an intrauterine device. *Arch Gynecol Obstet* 2004; 269: 230- 1.
12. Savardekar LS, Shah RS, Vandana W. Asymptomatic cervical perforation by intrauterine copper bearing contraceptive device: two unusual cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005; 120: 236- 7.
13. Gönenç I, Vural EZ, Aka N, Köse G. Kayıp rahim içi araç. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2006; 10: 129- 31.
14. Harma M, Harma M, Kafalı H, Yaltalı T, Demir N. Diagnostic methods and management of mislocated intrauterine devices. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi* 2003; 13: 305- 8.