

# DİSLOKE RAHİM İÇİ ARAÇ (RİA) NEDENİYLE OLUŞAN VE MİNİ LAPARATOMİYLE ONARILAN ASEPTOMATİK İLEAL PERFORASYON

Yusuf YILDIRIM, Kenan ERTOPÇU, İsa ÖZELMAS, Emre GÜLTEKİN, Şivekar TINAR

Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

## ÖZET

*Rahim içi araç (RİA) ülkemizde sık kullanılan modern kontraseptif yöntemlerden biridir. Uygulaması kolay bir yöntem olan RİA takılması esnasında, uterin perforasyon istenmeyen bir komplikasyon olarak karşımıza çıkabilmektedir. Disloke rahim içi araçta bağlı uterin perforasyon olgularının %15 'de ince bağırsaklar başta olmak üzere komşu organlar da etkilenmektedir. RİA'ya bağlı asemptomatik intestinal perforasyon ise oldukça nadirdir. Bu çalışmada uterin perforasyon sonrası batın içine disloke olmuş ve ileumu perforasyon eden RİA'sı olan ancak hiçbir semptomu olmayan ve gebelik ile komplike olduktan sonra rastlantısal olarak tanısı konulan olguyu tartıştık. Olgu isteğe bağlı olarak gebelik terminasyonu sonrası, minilaparotomi ile opere edilerek, ileal enterotomi ve primer tamir ile disloke RİA çıkarılarak tedavi edildi. RİA'ya bağlı asemptomatik intestinal perforasyonun tanısı zordur. Abdominal X-ray ve USG disloke RİA'yı gösterebilir fakat çoğu olgu abdominal RİA'nın çıkartılması amacıyla gerçekleştirilen laparotomi veya laparoskopisi sırasında tanı almaktadır. İntraabdominal RİA lokalizasyonunun iyi belirlendiği durumlarda RİA'nın çıkartılmasında minilaparotomi de uygun bir seçenektir. Asemptomatik intestinal RİA çoğu kez intestinal rezeksiyon gerekmeden tedavi edilebilir.*

**Anahtar kelimeler:** ileum yaralanması, RİA, uterin perforasyon

*Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2011; Cilt: 8 Sayı: 3 Sayfa: 219- 23*

## SUMMARY

### ASYMPTOMATIC ILEAL PERFORATION DUE TO DISLOCATED INTRAUTERINE DEVICE (IUD) AND TREATED WITH MINILAPAROTOMY

*Intrauterine device (IUD) is one of the most commonly used methods of contraception in Turkey. In the course of insertion of IUD which is simple method to application, uterine perforation can occur during it as an undesired complication. At %15 of uterine perforation cases related dislocated IUD, neighbour organs especially small bowel is affected from this. Asymptomatic intestinal perforation related IUD is uncommon. In this study, the case whose IUD is dislocated in abdomen which perforated ileum after uterine perforation and has no symptom and which is recognized after complicated with pregnancy was discussed. She wanted to termination of pregnant and after this application she was treated by operating with minilaparotomy and removing dislocated IUD with ileal enterotomy and primary reparation. Asymptomatic intestinal perforation related IUD is hard to identify. Abdominal X-ray and pelvic ultrasound can show dislocated IUD but most cases are recognized on laparotomy or laparoscopy which is used for removing IUD. When intraabdominal IUD is localized well, minilaparotomy is suitable for removing IUD. Asymptomatic intestinal IUD can usually be treated without any intestinal resection.*

**Key words:** ileal laceration, IUD, uterine perforation

*Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2011; Vol: 8 Issue: 3 Pages: 219- 23*

**Yazışma adresi:** Uzm. Dr. Emre Gültekin. Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenışehir, İzmir.  
Tel.: (0505)452 90 25

e-posta: dremregultekin@gmail.com

Alındığı tarih: 08.06.2010 revizyon sonrası alınma: 21.08.2010, kabul tarihi: 26.09.2010, online yayın tarihi: 04.02.2011

## GİRİŞ

Dünya çapında, özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaygın olarak kullanılan modern bir kontraseptif yöntem olan rahim içi araç (RİA), ülkemizde de en sık kullanılan kontraseptif yöntemlerden biri olma özelliğini taşımaktadır.

Eğitim almış sağlık personeli tarafından uygulanan RİA'ya bağlı çeşitli komplikasyonlarla karşılaşılabilir. Bu komplikasyonlar arasında belkide en önemlisi, uterus perforasyonu ve RİA'nın uterin kavite dışına disloke olmasıdır. RİA uygulamasına bağlı uterin perforasyon komplikasyonu yaklaşık 1.2/1000 olarak bildirilmektedir<sup>(1,2)</sup>.

Uterin perforasyonların çoğunu takılma esnasında olduğu sanılmaktadır<sup>(3)</sup>. Vajinal kanama ve abdominal ağrı gibi şikayetlere neden olabilen uterin perforasyon, kimi zaman herhangi bir semptom vermeden yıllarca farkedilmeden kalabilmektedir<sup>(4-6)</sup>.

Uterin kaviteden perforasyon sonucu disloke olan RİA'ya bağlı, en çok mesane, rektosigmoid ve ince bağırsaklar gibi komşu bazı organları içine alan yaralanmalar oluşabilmektedir. Neyse ki bu tür yaralanmalar olguların yaklaşık %15'de görülmektedir<sup>(3)</sup>.

İntestinal sistemle komplike olmuş RİA çoğu kez bağırsak obstrüksiyonu, peritonit, mezenter penetrasyonu ve intraabdominal kanama, bağırsak enfarktüsü ve uterus ile intestinal organlar arasında fistül gelişimi gibi çeşitli klinik tablolar ile kendini göstermektedir. RİA'ya bağlı asemptomatik intestinal perforasyon ise oldukça nadir görülmektedir<sup>(3,5-7)</sup>.

Bu çalışmada, RİA+gebelik sonrasında yapılan incelemelerde saptanan batına disloke olmuş RİA ve asemptomatik ileal perforasyonlu olgu tartışılmıştır.

## OLGU SUNUMU

28 yaşında, gravida 4, parite 3 olan olgu 3 aydır adet görmeme şikayeti ile başvurdu. İki yıl önce RİA (Copper T 380A®) uygulanan olgunun yapılan gebelik testi pozitif saptandı. Başka herhangi bir abdomino-pelvik şikayeti olmayan olgununun yapılan fizik muayenesinde jinekolojik bakıda RİA ipleri görülemedi. Ultrason incelemelerinde (transabdominal ve transvajinal) RİA'nın uterin kavite içinde olmadığı ve intrauterin 8 haftalık canlı gebelik olduğu saptandı. Hasta ve eşinin gebeliğin terminasyonu istemi ve onamı

doğrultusunda genel anestezi altında uterin tahliye uygulandı. Kayıp RİA'nın yerinin belirlenmesi amacıyla yapılan iki planlı (anterior-posterior ve lateral) abdomino-pelvik X-ray görüntülemelerinde RİA'nın abdomene disloke olduğu izlendi. İntraabdominal RİA'nın çıkartılması için 2,5 cm'lik kesi ile minilaparotomi uygulandı (Resim 1). Minilaparotomide RİA'nın ileumun içinde ve barsak duvarına penetre olduğu gözlemlendi (Resim 2). Enterotomi yapıp RİA çıkartıldıktan sonra (Resim 3), ileum 3 adet 0-0 poliglikolik asit sütür ile primer kapatıldı. Postoperatif dönemi normal seyreden olgu 5.günde taburcu edildi.



Şekil 1: Minilaparotomi insizyonu.



Şekil 2: İleum içinde RİA.



Şekil 3: Enterotomi ile RİA çıkartılması.

## TARTIŞMA

Rahim içi araç (RİA), tüm dünyada tercih edilen, kontraseptif yönden oldukça etkin olan, düşük maliyetli, uzun dönem kullanılabilen ve aynı zamanda reversibl bir kontraseptif yöntemdir<sup>(8,9)</sup>.

RİA'ya bağlı uterin perforasyon, nadir rastlanan ancak ciddi boyutlara ulaşabilen morbidite ve mortalite riski nedeniyle önemli bir komplikasyondur<sup>(10)</sup>. RİA uygulamasına bağlı uterin perforasyon ve olası komşu organ yaralanmalarına bağlı risk faktörleri, uygulamayı yapan sağlık personelinin tecrübesi kadar, uterusun anatomik pozisyonu ve uygulama zamanına da bağlıdır<sup>(10-13)</sup>. Uterin perforasyonlar genellikle posterior ve fundal duvarda olmakta ve çoğunluğunun takılma işlemi sırasında oluştuğu düşünülmektedir<sup>(14)</sup>. Olgumuzda, uterin perforasyon açısından belirgin bir risk faktörü bulunmadığından, RİA takılması esnasında uterin perforasyonun geliştiği ve bunun fark edilmediği düşünülmektedir. Ancak şunu da belirtmek gerekir ki, bazen inkomplet olarak uterin duvara penetre olan RİA'nın sonrasında uterus kontraksiyonları ile disloke olduğu bilinmektedir<sup>(3,7)</sup>.

Uterin perforasyon asemptomatik olabileceği gibi vajinal kanama, karın ağrısı ve disloke olan RİA'ya bağlı klinik belirtiler verebilmektedir. Özellikle abdominal ağrı, intermittan ateş ve diare triadı olarak belirlenen semptomlar, disloke RİA ve olası bağırsak yaralanmasının habercisi olması açısından dikkat edilmesi gereken belirteçlerdir<sup>(15,16)</sup>.

Çok değişik lokalizasyonlarda; omentum, rektosigmoid, periton, mesane, apendiks, bağırsaklar, adneksiyel alanlar ve iliak vende bile penetre RİA olguları bildirilmiştir<sup>(17)</sup>. Uterin kavite dışına disloke olan RİA'lar bulunduğu yere göre organ perforasyonlarına, batın içi enfeksiyonlara, apselere ve adezyonlara neden olabilmektedir<sup>(9)</sup>. RİA'ya bağlı uterin perforasyon olgularının %85'de herhangi bir organ hasarı olmamakta, geriye kalan kısımda ise çoğunlukla bağırsaklar olmak üzere komşu batın içi organlarda yaralanma ve komplikasyonlar görülebilmektedir<sup>(3)</sup>. RİA dislokasyonu sonucu oluşan organ yaralanmalarının en çok %40,4 ile sigmoid kolon, %21,3 ile ince bağırsaklar ve %21,3 ile de rektum ile ilgili olduğu gösterilmiştir<sup>(18)</sup>. Abdomene disloke olmuş RİA ile komşu organ yaralanması tanısı arasında geçen süre ortalama 17 ay (2 ay-3 yıl) olarak bildirilmiştir<sup>(15)</sup>.

Bu makalede, asemptomatik olan olgu periyodik muayenelerini aksattığından disloke RİA tanısı uygulamadan 2 yıl sonra araya giren gebelik komplikasyonu nedeniyle rastlantısal olarak saptanmıştır. Disloke RİA'ya bağlı ileal penetrasyon ve perforasyon saptanmış olmasına rağmen, klinik olarak hiçbir semptom vermemiş ve intraabdominal olarak adezyon, enfeksiyon ve kitle gibi herhangi bir bulgu saptanmamıştır.

Jinekolojik muayenede RİA iplerinin görülebilmesi uterin perforasyon ve RİA dislokasyonu açısından uyarıcı olmalıdır<sup>(3)</sup>. Vajinal ultrasonografik inceleme kayıp RİA ayırıcı tanısında en çok kullanılan yöntemdir<sup>(4)</sup>. Uterin kavite içinde ultrasonografik olarak saptanamayan RİA yerinin belirlenmesinde, güvenilir ve ucuz görüntüleme yöntemleri olan x-ray grafiler kullanılabilmektedir<sup>(19)</sup>. Unutulmaması gereken pelvik USG ile x-ray grafinin birlikte değerlendirilmesi gerektiğidir. X-ray grafiler tek başına uterusu visüalize edemediği için RİA lokalizasyonu net olarak yapılamayacağı akılda tutulmalıdır. Aynı zamanda iki planlı çekilmiş x-ray grafiler ve ultrason incelemeleriyle disloke RİA görüntülenebilir fakat çoğu kez RİA'nın komşu organlarla olan ilişkisi tanımlanamamaktadır. Bu konuda BT veya MRI gibi daha ileri görüntüleme yöntemleri faydalı olabilse de, çoğu olgu abdominal RİA'nın çıkarılması amacıyla gerçekleştirilen laparotomi veya laparoskopik prosedürleri sırasında tanı almaktadır.

İntraabdominal RİA çıkarılmasında laparoskopik güvenilir ve etkin bir yöntem olarak kabul edilmiştir ve bu yöntemle başarıya ulaşılamayan olgularda laparotomi tercih edilmektedir<sup>(20)</sup>. Olgumuzda, kayıp RİA'nın belirlenmesi için pelvik ultrason ve abdominopelvik x-ray grafileri kullanılmış ve abdomene disloke RİA saptanmıştır. Ancak RİA'nın ileuma penetre olduğu ancak laparotomi esnasında fark edilmiştir. Laparotomi, bu alandaki klinik deneyimlerimizin daha fazla olması nedeniyle tercih edilmiştir. Diğer yayınlardan farklı olarak hastaya en az morbidite sağlanması amacıyla minilaparotomi uygulanmıştır. İntraabdominal RİA lokalizasyonun iyi belirlendiği durumlarda RİA'nın çıkartılmasında minilaparotomi de uygun bir seçenektir.

İntraabdominal yerleşimli disloke RİA olgularında, oluşabilecek intraperitoneal adezyon ve komşu organ yaralanmaları nedeniyle RİA'nın

çıkartılması önerilmektedir<sup>(21)</sup>. Bunun aksi görüşlerde bulunmakta olup, intraabdominal RİA'nın peritoneal adezyon potansiyelinin düşük olduğu ve yapılacak cerrahi işleme bağlı morbiditenin daha fazla olacağı düşüncesiyle RİA'nın çıkartılmadan bırakılabileceğini bildiren çalışmalarda bulunmaktadır<sup>(22)</sup>. Biz asemptomatik bile olsa olası intraabdominal ve intestinal komplikasyon riski nedeniyle RİA'nın çıkartılması gerektiği düşüncesine katıldığımızdan, ileal enterotomi ile RİA çıkartılmış ve açılan ileum segmenti primer tamir ile onarılmıştır. Bu durum, asemptomatik ve komplikasyon bulguları olmayan intestinal RİA olgularının çoğu kez bağırsak rezeksiyonu gerekmeden daha konservatif olarak tedavi edilebilirliğini desteklemektedir.

Genellikle takılma sırasında olduğu düşünülen RİA'ya bağlı uterin perforasyon komplikasyonunun önlenmesi için, uygulamayı yapan sağlık personelinin yeterli eğitimi almış olması, RİA uygulaması öncesi ve sonrasında yapılan pelvik muayene ile ultrason incelemelerinin gerekliliği şarttır. Ancak her şeye rağmen en tecrübeli ellerde bile uterin perforasyon ve RİA dislokasyonu olgularıyla karşılaşabilmektedir. Bu nedenle RİA uygulanan hastalar perforasyon ve intraabdominal organ yaralanması açısından olası şüpheli semptomlar hakkında bilgilendirilmelidir. Ayrıca uterin perforasyon ve batına disloke RİA'nın hiçbir semptom vermeden kalabileceği bilinmeli, RİA uygulanan hastalar periyodik muayeneler ile takip edilmelidir.

## KAYNAKLAR

1. Osborne JL, Bennett MJ. Removal of intra-abdominal intrauterine contraceptive devices. *Br J Obstet Gynecol* 1978; 85: 868-71.
2. Sogaard K. Unrecognized perforation of the uterine and rectal walls by an intrauterine contraceptive device. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993; 72: 55- 6.
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, Guilebaund J, editors. *Contraception science and practice*. 1 st ed. London: Butterworth Co 1989: 144-71.
5. Rogers K, Hughes LE. Rectal strictures associated with the intrauterine contraceptive device. *Br J Surg* 1982; 69: 151-2.
6. Patchell RD. Rectouterine fistula associated with the Cu-7 intrauterine contraceptive device. *Am. J Obstet Gynecol* 1976; 126: 292- 3.
7. Smith PA, Ellis JC, Sparks RA, Guillebaud J. Deaths associated with intrauterine contraceptive devices in the United Kingdom between 1973 and 1983. *Br Med J* 1983; 287: 1537- 8.
8. Speroff L, Glass RH, Kase NG. The intrauterine device. In: Mitchell C, editor. *Clinical gynecologic endocrinology and infertility*. 5th ed. Baltimore: Williams and Wilkins 1994: 777- 89.
9. 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 and Wilkins 2003: 541- 61.
10. Pirwany IR, Boddy K. Colocolic fistula caused by a previously inserted intrauterine device. Case report. *Contraception* 1997; 56: 337- 9.
11. 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.
12. 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.
13. Heartwell SP, Schlesselman S. Risk of uterine perforation among users of intrauterine devices. *Obstet Gynecol* 1983; 61: 31- 6.
14. Medina TM, Hill DA, Delesus S, Hoover F. IUD removal with colonoscopy: a case report. *J Reprod Med* 2005; 50: 547-9.
15. 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.
16. Key TC, Kreutner AK. Gastrointestinal complications of modern intrauterine devices. *Obstet Gynecol* 1980; 55: 239-44.
17. Kassab B, Audra P. The migrating intrauterine device. Case report and review of the literature. *Contracept Fert Sex* 1999; 27: 696- 700.
18. Arslan A, Kanat-Pektaş M, Yeşilyurt H, Bilge U. Colon penetration by a copper intrauterine device: a case report with literature review. *Arch Gynecol Obstet* 2009; 279: 395-7.
19. Gönenç I, Vural EZ, Aka N, Köse G. Kayıp rahim içi araç.

- Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2006; 10: 129- 31.
20. Ozgun MT, Batukan C, Serin IS, Ozcelik B, Basbug M, Dolanbay M. Surgical management of intraabdominal mislocated intrauterine devices. *Contraception* 2007; 75: 96-100.
21. Silva PD, Larson KM. Laparoscopic removal of a perforated intrauterine device from the perirectal fat. *J Soc Laparosc Surg.* 2000; 4: 159- 62.
22. Markovitch O, Klein Z, Gidoni Y, Holzinger M, Beyth Y. Extrauterine mislocated IUD: is surgical removal mandatory? *Contraception* 2002; 66: 105- 8.