

İkinci Trimester Gebelikte Mesaneye Migrasyonu Saptanan Rahim İçi Aracın Sistoskopik Olarak Çıkarılması

Removal of An Intrauterine Device Migrated to the Bladder with Cystoscopy in the Second Trimester

Emin Erhan DÖNMEZ ¹, Hatice DÜLEK ², Murat ÖZDAMAR ¹

Gültekin KÖSE ¹, Orhan KOCA ³

1. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

2. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği, İstanbul

3. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

ÖZET

Bu olgu sunumu ile rahim içi araç (RİA)'ların nadir görülen komplikasyonlarından biri olan mesaneye migrasyonu sonrasında oluşan gebelikte hastanın yönetiminin tartışılmasını amaçladık. Yirmi yaşında 4 gebelik ve 3 vajinal doğumu olan 15 haftalık gebe tekrarlayan dizüri, hematüri, yürümede zorluk şikayetleri ile gebe polikliniğine başvurmuştur. Hastaya 2013 yılında ikinci normal vajinal doğumundan 6 hafta sonra bir klinikte RİA takıldığı, sonrasında hastanın üçüncü kez gebe kaldığını kendisine RİA'nın düştüğü ve bu nedenle gebe kaldığının söylendiği, gebeliğinin son aylarında tekrarlayan hematüri, dizüri ve kasık ağrısı nedeni ile idrar yolu enfeksiyonu tedavisinin uygulandığı, hastanın üçüncü doğumundan sonra şikayetlerinin azaldığı ancak dördüncü gebeliğinde benzer şikayetlerin daha erken gebelik haftasında ortaya çıktığı öğrenildi. Hastanın yapılan obstetrik ultrasonografisinde tek canlı 15 hafta ile uyumlu gebelik ve mesane lümeninde RİA ekosu izlendi. RİA sistoskopik olarak çıkarıldı. RİA taktırma öyküsü olan ve kontrol muayenelerinde RİA saptanmayan hastalar mutlaka ayrıntılı olarak değerlendirilmeli, ileri incelemeler yapılmalı RİA lokalizasyonu belirlenmelidir. Uterin kavitede izlenmeyen RİA'larda uterin perforasyon akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: rahim içi araç, mesane migrasyonu, gebelik

ABSTRACT

With this case study, we intended to discuss the patient management during pregnancy after the migration of an intrauterine device (IUD) to the bladder which is a rare complication of IUDs. A 20 year old 15 weeks pregnant woman with 3 a history of 3 vaginal births and 4 pregnancies presented to our outpatient clinic with complaints for recurring dysuria, hematuria, and difficulty in walking. It was found out that an IUD had been inserted in the patient 6 weeks after her second normal vaginal birth in 2013; and then the patient got pregnant for the third time and she was told that the IUD had

fallen out and therefore she got pregnant again and then received infection treatment for recurring hematuria, dysuria and inguinal pain and that her complaints subsided after the third delivery but had similar complaints that emerged earlier in her fourth pregnancy. A single live fetus compatible with 15 weeks and echoes caused by a IUD in the bladder lumen were observed during the obstetric ultrasonography of the patient. IUD was removed with cystoscopy. Patients who have a history of IUD insertion and for whom no IUD was detected during their follow up examinations should be evaluated in detail and further examinations should be performed to localise the IUDs. Uterine perforation should be considered if IUDs cannot be viewed in the uterine cavity.

Keywords: intrauterine device, intravesical migration, pregnancy

GİRİŞ

Rahim içi araçlar (RİA) toplum içinde sık kullanılan bir kontrasepsiyon yöntemidir. RİA'ların nadir ama ciddi komplikasyonlarından bir tanesi yer değiştiren RİA'lardır. Uterus-perforasyonu sonrasında RİA'lar batın içinde herhangi bir yere göç edebilir. Mesane de bu göç yerlerinden birisidir. RİA'ların uterustan göçü sonrasında kontraseptif özelliği olmadığı için gebelik oluşabilmektedir. Biz de bu olgumuzda ihmal edilmiş bir kayıp RİA ile miada ulaşarak normal vajinal doğum yapan hastanın ikinci kez gebe kalarak 15. gebelik haftasında mesane içinde saptanan RİA'nı yönetiminin tartışılmasını amaçladık.

OLGU

20 yaşında, 4 gebelik 3 vajinal doğumu olan 15 haftalık gebe tekrarlayan hematüri, dizüri, yürümede zorlanma şikayetleri ile gebe polikliniğine başvurdu. Hastanın öyküsünden 2013 yılında ikinci vajinal doğumundan 6 hafta sonra bir klinikte RİA takıldığı, yaklaşık 7 ay sonrasında hastanın üçüncü kez gebe kaldığı, kendisine RİA'nın düştüğü ve bu nedenle gebe kaldığının söylendiği öğrenildi. Gebeliğinin son aylarında tekrarlayan hematüri dizüri ve kasık ağrısı nedeni ile sürekli

İletişim:

Sorumlu Yazar: Emin Erhan DÖNMEZ

Adres: Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul, Türkiye

Tel: +90 (506) 885 67 62

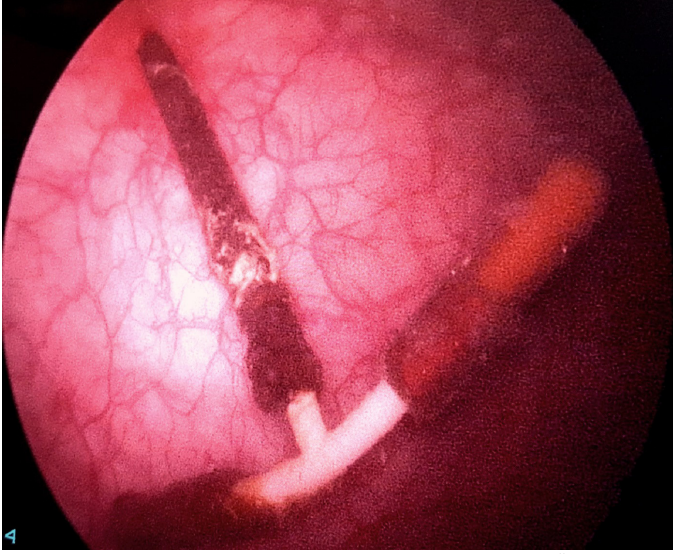
E-Posta: eminerhan@gmail.com

Makale Geliş: 05.02.2018

Makale Kabul: 10.05.2018

DOI: <http://dx.doi.org/10.16948/zktpb.390265>

idrar yolu enfeksiyonu tedavisinin uygulandığı, hastanın üçüncü doğumundan sonra şikayetlerinin azaldığı ancak dördüncü gebeliğinde benzer şikayetlerin daha erken gebelik haftasında ortaya çıktığı öğrenildi. Hastanın fizik muayenesinde suprapubik hassasiyet haricinde bulgu saptanmadı. Yapılan obstetrik ultrasonografisinde intrauterin tek canlı 15 hafta ile uyumlu gebelik ve mesane lümeninde RİA ekosu izlendi (Resim 1). Hastanın genel durumu iyi vital bulguları stabildi. Tam idrar tetkikinde sahada 40 eritrosit saptandı, idrar kültüründe üreme olmadı. Hastaya sistoskopi yapılması planlandı.



Resim 1. Abdominal ultrasonografide solda intrauterin fetal kısımların sağda mesane lümeninde Rahim içi aracın (RIA) görünümü

Yapılan sistoskopide mesane karşı duvarda RİA görüldü (Resim 2). RİA'nın ipinin mesane duvarının içinde olduğu saptandı. RİA sistoskopik olarak çıkartıldı (Resim3). Postoperatif sıkıntısı olmayan hasta 2 gün sonra taburcu edildi. Hastanın sonraki gebelik takiplerinde de sıkıntı olmadı.



Resim 2. RİA'nın mesane karşı duvarda görünümü



Resim 3. Mesane dışına çıkarılan RİA'nın görünümü

TARTIŞMA

Rahim içi araç (RİA) kadınlar arasında sıklıkla tercih edilen ve yıllarca etkin kontrasepsiyon sağlayan bir yöntemdir (1). RİA'nın uzun yıllar kullanımı ile pelvik abse, pelvik inflamatuvar hastalık, batın içi adezyonlar gibi komplikasyonlar görülebilmektedir. RİA'nın nadir ama ciddi komplikasyonlarından birisi de uterus perforasyonudur ve 1000 olguda 1-3 sıklıkla görülür (2). Bizim olgumuzda da RİA'nın uterus perforasyonu ile mesaneye göç ettiği düşünülmüştür. Uterus perforasyonları genellikle RİA takılmasını takiben ilk 6 ay içerisinde görülmekle birlikte birkaç yıl sonra da olabilir (3, 4). Uterusun aşırı antefleksiyon ve retrofleksiyonda olması, immobil uterus, RİA'yı takan sağlık personelinin tecrübesizliği, emzirme dönemi, RİA takılma sırasındaki myometrial hasar varlığı ve geçirilmiş sezaryen öyküsü perforasyon riskini artırır (3, 5-8).

RİA göçü sonrası hastalara semptomatik veya semptomatik olabilir. Mesaneye göç eden RİA'sı olan hastalarda alt abdominal bölgede ağrı ve iritativ işeme belirtileri olabilir. Bu semptomlar RİA takılmasından sonraki birkaç yılda da ortaya çıkabilmektedir (9). Olgumuzda da iritativ işeme belirtileri ve suprapubik ağrı RİA yerleştirilmesinden iki yıl sonra oluşan gebelikte ortaya çıkmıştı.

RİA gözetimi için hastalar periodik olarak muayene edilmelilerdir. Mesane içine göç eden RİA lar ultrasonografi (USG) ve direk pelvik grafiler ile belirlenebilir. Biz olgumuzda USG den yararlandık. USG nin faydalı olamadığı olgularda ve komplikasyonları belirlemede bilgisayarlı tomografi de kullanılabilir (10).

Göç eden RİA'ların çıkarılmasında endoskopik ve açık cerrahi teknikler kullanılabilir. Mesaneye göç eden RİA'lar için sistoskopi güvenilir bir uygulama şeklidir. Mesaneye göç eden RİA'lar mesane duvarının yapısını bozarak fistülizasyona neden olabilmektedir. Olgumuzda RİA'nın her iki ucu da mesane içinde, sadece RİA'nın ipi mesane duvarı içinde izlendi. Mesane mukazası doğal olarak izlendi.

RİA'nın miyometriyuma gömük olduğu durumda en iyi yöntem histeroskopidir (11). RİA'nın abdominal kavite içerisine migrasyonunda ise en güvenli ve kabul edilebilir yöntem laparoskopidir (12). Demir ve arkadaşları abdominal kavite içinde RİA saptanan 8 olguya laparoskopiy yaparak RİA'ları çıkarmışlar ve hiçbir olguda laparotomi gereksinimi olmamıştır. Olguların tümü 10. ve 30. gün kontrole çağırılmış ve hiçbirinde sorun izlenmemiştir (13).

Gebelikle komplike kayıp RİA lar ihmal edilmemeli, uterus perforasyonu ile RİA'nın batın içi migrasyonu mutlaka akılda tutulmalıdır. RİA'nın yerinin belirlenmesi için ultrasonografiden yararlanılabilir. Mesaneye göç eden RİA'lar gebe hastada sistoskopi ile kolaylıkla çıkarılabilmektedir. Abdominal kavite içinde RİA saptanan gebe hastalarda ise laparoskopiy güvenilir ve basit bir yöntem olarak kabul görmüştür (14).

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. Dede FS, Dilbaz B, Sahin D, Dilbaz S: Vesical calculus formation around a migrated copper-T 380-A. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2006; 11: 50-52.
3. Heartwell SF, Schlesselman S. Risk of uterine perforation among users of intrauterine devices. Obstet Gynecol. 1983;61:31-6.
4. Stuckey A, Dutreil P, Aspuru E, Nolan TE. Symptomatic cecal perforation by an intrauterine device with appendectomy removal. Obstet Gynecol. 2005;105:1239-41.
5. Zhou, L., Harrison-Woolrych, M., and Coulter, D.M. Use of the New Zealand Intensive Medicines Monitoring Programme to study the levonorgestrel-releasing intrauterine device (Mirena). Pharmaco epidemiol Drug Saf. 2003; 12: 371-377
6. Harrison-Woolrych, M., Ashton, J., and Coulter, D. Insertion of the Multiload Cu375 intrauterine device; experience in over 16,000 New Zealand women. Contraception. 2002; 66: 387-391
7. Van Houdenhoven, K., van Kaam, K.J.A.F., van Groothest, A.C., Salemans, T.H.B., and Dunselman, G.A.J. Uterine perforation in women using a levonorgestrel-releasing intrauterine system. Contraception. 2006; 73: 257-260
8. Caliskan, E., Öztürk, N., Dilbaz, B.O., and Dilbaz, S. Analysis of risk factors associated with uterine perforation by intrauterine devices. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2003; 8: 150-155
9. Atakan H, Kaplan M, Ertürk E: Intravesical migration of intrauterine device resulting in Stone formation. Urology. 2002;60: 911.
10. Dietrick DD, Issa MM, Kabalin JN, Bassett JB: Intravesical migration of intrauterine device. J Urol. 1992; 147: 132-134
11. Intrauterine contraception: The IUD. Clinical Gynecologic Endocrinology And Infertility' de. Ed. Speroff L, Fritz MA. 7. Bask. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2005: 975-96.
12. Soderstrom RM. Trailing and treating the wandering IUD. Am J Gynecol Health 1989 ;3 (3-S): 33-5.
13. Demir SC, Cetin MT, Ucunak IF, Atay Y, Toksoz L, Kadayıfci O. Removal of intra-abdominal intrauterine device by laparoscopy. Eur J Contracept Reprod HealthCare. 2002; 7(1):20-3.
14. Dunn JS Jr, Zerbe MJ, Bloomquist JL, Ellerkmann RM, Bent AE. Ectopic IUD complicating pregnancy. A casereport. Reprod Med 2002; 47(1): 57- 9.