

# OVER VE SİGMOİD KOLONA PENETRE BİR RAHİM İÇİ ARAÇ

INTRAUTERINE DEVICE PENETRATED INTO SIGMOID COLON AND OVARY

Erdal AKTAN  
Ferit SOYLU  
Nafi YILMAZ  
Ahmet ÖNOĞLU

## SUMMARY

In our case there was an ectopic intraperitoneal location of a Cu-T shaped intrauterine device of which the horizontal arm was completely in the left ovary, and the vertical arm penetrated into the sigmoid colon that was adherent to the left ovarium. We did not find any similar case in turkish and english medical literature.

(Key Words: Complication, Ectopy, Uterus)

## ÖZET

Ektopik intraperitoneal yerleşimli bir rahim içi araç saptadığımız bir olguda bakırlı-T şeklindeki rahim içi aracın transvers kolunun sol over dokusu içinde ve vertikal kolunun ise overe yapışık olan sigmoid kolon içine penetre durumda olduğu gözlemlendi. Literatürde benzeri bir olguya raslanmamıştır.

(Anahtar Sözcükler: Ektopi, Komplikasyon, Uterus)

2. Kadın Hast. ve Doğum Kli.  
İzmir Devlet Hastanesi  
(Doç. Dr. N. Yılmaz, Şef, Op. Dr. F. Soylu, Şef Yard.  
Op. Dr. E Aktan, Başasistan)  
SSK Tepecik Doğumevi  
(Op. Dr. A Önoğlu)

Yazışma : Op. Dr. E. Aktan  
46. Sokak 7/10 Üçkuyular 35350 İZMİR

Rahim içi araç uygulamalarında en sık rastlanan komplikasyonlardan biri uterusun perforasyonudur. Biz de bu yazımızda ilginç bir ektopik rahim içi araç yerleşimi sunuyoruz.

## OLGU

(A. U.) 27 yaşında, evli, 2 normal spontan doğum yapmış, son adet tarihi: 25.1.1992, siklus düzeni 30/4-5/3-4 şeklinde. Hasta polikliniğimize kasık ağrısı ile 4.2.1992 tarihinde başvurmuş ve kliniğimize yatırılmıştır. (prot, no: 2846-184/92). Anamnezinde yaklaşık bir hafta kadar önce bir jinekolog tarafından muayene edildiğini ve rahim içi aracının yerinde olmadığını tespit edildiğini belirtmiştir.

Hastamızın yapılan spekulum bakısında rahim içi aracın ipinin gözlenememesi üzerine tetkiklerine başlanmıştır. Jinekolojik bakıda herhangi bir patoloji tespit edilmemiş ve gebelik testi negatif bulunmuştur.

Radioopak bir sonda yardımı ile uterus kavitesi tespit edilip çekilen direkt grafisinde rahim içi aracın uterus kavitesi dışında olduğu saptanmış ve aynı zamanda yapılan ultrasonografik incelemesinde sol adneksial bölgede semisolid bir yapının içinde rahim içi araç gözlenmiştir.

Hastanın operasyon hazırlıkları devam ederken ağrılarının arttığını belirtmesi üzerine operasyona alınmıştır. Pfannenstiel kesi ile karına girilmiş, eksplorasyonda uterus ve sağ adneksin normal boyut ve görünümde olduğu tespit edilmiştir. Sol adneksial bölgede ise sol over ve tubanın sigmoid kolona yapışık olduğu gözlenmiştir. Keskin di-seksiyon ile tuba kitleden ayrılmış ve sol overin tek bir noktadan sigmoid kolona yapışık olduğu belirlenmiştir. Palpasyonda, rahim içi aracın overin içinde olduğu ve sigmoid kolona yapışık olduğu noktada da devam ettiği tespit edilmiştir. Sigmoid kolona zarar vermemek için önce over dokusu insize edilmiş ve over dokusu içinde T şeklindeki rahim içi aracın horizontal kolunun bulunduğu ve vertikal kolunun ise

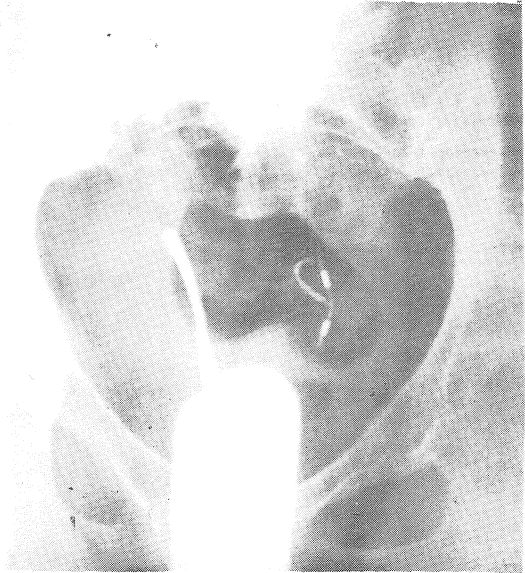
sigmoid kolon ile olan çok ince bir striktür dokusu içinde bulunduğu gözlenmiştir. Ortaya çıkartılan horizontal koldan penset yardımı ile tutulup yavaşça çekildiğinde vertikal kolun sigmoid kolonun içinden çıktığı ve daha sonra yapılan incelemede rahim içi aracın vertikal kolunun sigmoid lümenine penetre olduğu gözlenmiştir. Ameliyat sırasında genel cerrahi konsültasyonu istenmiş ve lümen penetrasyonunun çok küçük bir noktadan olduğunun gözlenmesi ile 3/0 separe ipek sütürlerle sigmoid defekti primer olarak kapatılmıştır. Sol over insizyonu sütüre edilmiş Douglas boşluğuna dren konduktan sonra karın duvarı kapatılmıştır.

Preoperatif antibiyoterapi başlanan hastamızda antibiyoterapiye gram pozitif, negatif ve anaerob bakterileri de kapsayacak şekilde (sultamicillin 2gm/gün, gentamisin 240 mg/gün, ornidazol 1000 mg/gün) devam edilmiştir.

Hastamızın postoperatif takibinde herhangi bir komplikasyon gelişmemiş, dreni postoperatif 6. günü çekilmiştir.

Hastamız 1 hafta izlem sonucunda şifa ile taburcu edilmiştir.

Şekil 1: Direkt radiografide uterus dışında tespit edilen rahim içi araç



## TARTIŞMA

Hastamızda tespit edilen patolojik durumun nedeni olarak, rahim içi araç uygulaması sırasında uterusun perforate edilmiş olduğu düşünülmüştür. Perforasyon sonucu ya rahim içi araç tümüyle uterus dışına yerleştirilmiş ve sonradan over ve sigmoid kolona penetre olmuş, ya da uterusu perforate ederek kısmen uterus dışına çıkan rahim içi araç yavaş yavaş tümüyle uterusu terk edip bu sırada sırasıyla over ve sigmoid kolona penetre olmuştur.

Rahim içi aracın ipinin servikal ostan görülmediği durumlarda yapılması gereken ilk şey bir gebeliğin var olup olmadığının araştırılmasıdır (1, 2). Olgumuzda da gebelik testi uygulanmış ve negatif sonuç elde edilmiştir.

Millen ve ark. nin yaptığı bir araştırmada rahim içi aracın ipinin servikal ağızdan görülmediği 100 olgu incelenmiş ve % 17 sinde (gebe ve gebe olmayan) farkına varılmamış atılma, % 9'unda uterusun tam delinmesi, % 1'inde uterusun kısmi delinmesi, % 66'sında rahim içi aracın hala uterus içinde olduğu (kısa kesilmiş ipler, gebe uterus ve ters dönmüş rahim içi araç veya iplerin kıvrılarak görülmemesi nedeniyle) tespit edilmiş, % 4'ünde ise gebelik nedeniyle değerlendirmenin tam olarak yapılamamasından dolayı rahim içi araç kayıp olarak değerlendirilmiştir (3). Tüm rahim içi araç uygulamaları dikkate alındığında ise perforasyon oranının 1,2/1000'den fazla olmadığı görülmüştür (4).

Rahim içi araç uygulaması sırasında uterus duvarı veya serviksini tam veya kısmi delinmeleri görülebilir veya perforasyon oluşmadığı halde rahim içi araç zamanla uterus duvarı içine gömülebilir (5). Rahim içi aracın ipinin servikal ağızdan görülmediği durumlarda pelvisin ultrasonografik incelenmesi, radiopak bir araç ile uterus kavitesinin sondajı sırasında direkt radiografi çekilmesi, radioopak madde verilerek yapılan historografi incelemesi başvurulacak inceleme yöntemleri arasındadır (1, 2). Olgumuzda uterus kavitesini metal bir sonda

ile belirleyerek çektiğimiz direkt radiografi (Şekil 1) ve ultrasonografik incelemede rahim içi aracın ektopik yerleşimde olduğunu ve tipini belirledik.

Ektopik yerleşim belirlendikten sonra ya izlem ya da girişim söz konusudur. Girişim yanlıları aracın tipine, yerleşimine veya hastada yakınmanın var olup olmadığına bakılmaksızın rahim içi aracın çıkartılmasını önerirler. Buna neden olarak da, ektopik yerleşimli rahim içi aracın potansiyel komplikasyon kaynağı olabileceği gösterilmiştir (1). Çin'de yapılmış olan 30 milyon rahim içi araç uygulamasında perforasyon oranı % 0.1 olup (yaklaşık 3.000 olgu) bu olguların yalnızca küçük bir bölümünde şikayet ortaya çıktığı da dikkate alınır, konservatif yaklaşımdan da fazla korkulmaması gerektiği düşünülebilir (1).

Literatürde, bakır veya hormon içermeyen asemptomatik ektopik yerleşimli rahim içi araçlar nedeniyle uygulanan girişimlerin komplikasyonlarına bağlı 2 ölüm bildirilmiştir (6). Fakat birçok yazar, bakır veya hormon içeren rahim içi araçların intraperitoneal ektopik yerleşimlerinde bu araçların mümkün olduğu kadar kısa bir süre içinde çıkartılmalarını önermektedirler. Buna neden olarak da bu tip araçların abdominal kavitede inflamasyona, yapışıklıklara ve omental kitlelere neden olabileceğini göstermişlerdir (1,7).

Bizim olgumuzda da bakır içeren bir rahim içi aracın ektopik yerleşimi söz konusu olduğu için cerrahi müdahaleye karar verilmiştir ve kliniğimizde bu tip olgularda daha önce başarılı laparoskopik girişimler yapılmış olmasına rağmen, yapılan ultrasonografik incelemede rahim içi aracın intraabdominal bir kitle içinde ektopik yerleşimi tespit edildiği için laparatomik girişimin daha güvenli olacağı kararına varılmıştır (Ameliyat prot. no: B/41).

Türkçe literatür incelendiğinde ülkemizde de ilginç ektopik yerleşim gösteren rahim içi araç olguları gözlenmiştir. Doğrusöyler ve ark. nin sundukları olguda uterus perforasyonu sonucu intraabdominal

yerleşim gösteren bir rahim içi araç ile birlikte kavum uteride normal yerleşimli ikinci bir rahim içi aracın gözlendiği bildirilmektedir (8). Yine başka bir yazıda ise, Etimesgut bölgesinde yapılan rahim içi araç uygulamalarında 6 adet uterus perforasyonu tespit edilmiş, bunlardan 4'ünde rahim içi araç çıkartılmış ve birine yine rahim içi araç uygulanmış diğerlerinde ise başka yöntemlerle kontrasepsiyon sağlanmıştır, diğer 2 olguda ise rahim içi araçlar (Lippes loop) yerinde terk edilerek, birinde birlikte bulunan gebelik hastanın isteği nedeniyle izlenmeye devam edilmiş, diğerinde ise oral kontraseptif kullanımına başlanmıştır (9).

Literatürde, rahim içi araç uygulaması sonrasında mesane perforasyonu (10), ince ve kalın barsak perforasyonları ve fistülleri bildirilmesine (2) karşın, bunlara ek olarak rahim içi aracın kısmen over dokusu içine gömüldüğü bir duruma literatürde rastlanmamış olması dolayısıyla bu ilginç olguyu rapor etmeyi uygun gördük.

## KAYNAKLAR

1. Lippes J. Nonmedicated IUDs: History, Mechanism of Action, and Clinical Effectiveness, In: Sciarra JJ, Daly MJ, Zatluchni GI eds. *Gynecology and Obstetrics*. v. 6. Ch. 28, Philadelphia: Harper and Row; 1984.
2. Pritchard JA, MacDonald PC, Gant NF. eds. *Family Planning*, In: *Williams Obstetrics*, Norwalk: Appleton - Century - Crofts; 1985, 811-32.
3. Millen A, Austin F, Bernstein. GS. Analysis of 100 cases of missing IUD strings. *Contraception*, 1978; 18 : 845.
4. Treiman K, Liskin L. Intrauterin devices. *Population Reports*, 1988 rep. 1989, 16 (1) : 7 - 8.
5. Zakin D, Stern WZ, Rosenblatt R. Complete and partial uterine perforation and embedding following insertion of intrauterine devices: 1. Classification, complications, mechanism, incidence, and missing string. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 1981, 36 (7) : 335 - 53.
6. Kahn HS, Tyler CW Jr. Mortality associated with use of IUDs. *JAMA*, 1975 ; 234 : 57.
7. Zakin D, Stern WZ, Roseblatt R. Complete and partial uterine perforation and embedding following insertion of intrauterine devices: 2. Diagnostic methods, prevention, and management. *Obstetrical and Gynecological Survey*. 1981, 36 (8) : 401 - 17.

8. Doğrusöyler F, Akyol I, Davas N, Aydın R. Iatrojenik nadir bir olgu nedeniyle rahim içi araç (RIA) komplikasyonları. *Taksim Hastanesi Tıp Bülteni*, 1989; 19 (3 - 4) : 67 - 8.

9. Çivi S, Çivi I. Rahim içi araç komplikasyonları: Perforasyon Selçuk Üniversitesi Tıp Fak Dergisi, 1984; 1 (1) : 97 - 104.

10. Zakin D. Perforation of the bladder by the intrauterine device. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 1984; 39 : 59.

## EDİTÖRÜN NOTU

Konuya ilişkin yerli literatür örnekleri yararlı olur umuduyla sunulmuştur:

1. RIA Perforasyonları. *Hacettepe Tıp Cerrahi Bült.* 1973; 6 (2) : 138.
2. Tezcan S. IU Araçların Endometrial Etkilerinin Ultrastruktürü. *Ank. Üniv. Tıp Fak. Mecm.* 1979; 32 : 373.
3. Over ve Sigmoid Kolona Penetre bir Rahim İçi Araç. *Ank. Üniv. Tıp Fak. Mecm.* 1986; 39 : 1 - 16.
4. Bilgin O va. Servikal Kanalda Görülmeyen RIA ipleri ve Sorunları. *Ege Üniv Tıp Fak. Derg.* 1986; 25 (2) : 477.
5. Bilgin O, Yılmaz R. RIA'ların Laparoskopiyile Çıkarılması. *Ege Üniv Tıp Fak. Derg.* 1988; 27 (4) : 1465.
6. Erler A va. RIA'ların Endometrial Tesirleri SSK Tıp Bül. 1989; 7 (3) : 27.
7. Yücebilgin RIA Klinik, bakteriyolojik, Sitolojik Bulguları. *Ege Üniv Tıp Fak. Derg.* 1990; 29 (1) : 138.
8. Yılmaz R. RIA'nın Kolpotomiyle çıkarılması. *Ege Tıp Derg.* 1990; 29 (1) : 230.
9. Ullukuş M va. RIA ve Ektopik Gebelik. *Ege Tıp Derg.* 1990; 29 (2) : 258.
10. Akyol I va. IU Araçların Endometrial Histopatolojisi Etkileri. *Taksim Hast Tıp. Bült.* 1990; 20 (1 - 2) : 24.
11. Yıldız A va. RIA'nın Serum Demir ve Total Demir Bağlama Kapasitesine Etkisi. *Uludağ Üniv. Tıp Fak. Derg.* 1991; 18 (2) : 255
12. Özalp S va. 453 RIA Olgusu *Anadolu Tıp Derg.* 1992; 14 (1) : 33.
13. Yıldırım A va. RIA da histopatolojik değişiklikler. *Anadolu Tıp Derg.* 1992; 14 (1) : 47.
14. Coşkun A va Pelvik inflamatuvar hastalık ve RIA'nın gebelik etiyolojisindeki rolü. *Cerrahpaşa Tıp Fak. Derg.* 1992; 23 (1) : 29.
15. Vicdan K, Oğuz S, Azal K, RIA ve Bakır alerjisi Jin Obst Yeni Görüşler ve Gelişmeler 1992; 3 (3) : 57.
16. Çivi S. Perforation in IUD application *Marmara Med J* 1990; 3 (1) : 39.