End.-Lap. ve Minimal İnvaziv Cerrahi 1996; 3:12-13

Ria translokasyonu: sistoskopi rehberliğinde laparoskopik cerrahi yöntemle çıkarılması (*)

Umur KUYUMCUOĞLU (**), Sühendan TÜRKMEN (***), Hüsnü GÖRGEN (***), M. Nuri DELİKARA (****)

ÖZET

1000-2000 uygulamada bir görülen uterus perforasyonu ile intraabdominal yerleşimli rahim içi aracın (RİA) lokalizasyonu tanı ve tedavi güçlükleri gösterebilir. Vezikoservikal bölge yerleşimli bakırlı rahim içi araç sistoskopi rehberliğinde laparoskopik cerrahi yöntemle çıkarıldı.

Anahtar kelimeler: RİA translokasyonu, laparoskopi, sistoskopi

SUMMARY

IUD translocation: management with laparoscopic surgery under cystoscopic guidence

The incidence of translocated IUD's is one in 1000-2000 procedures. There are several difficulties in localizing and diagnosing the intrauterine device (IUD) complicated with uterine perforation. We presented a case of old Copper-IUD translocation where localized in the vesicocervical region. This case was managed by videolaparoscopic surgery with the guidence of cystoscopy.

Key words: IUD translocation, laparoscopy, cystoscopy

GİRİŞ

Rahim içi araç (RİA) takılmasının en sık komplikasyonu uterus perforasyonudur. Farklı çalışmalara göre bu komplikasyonun insidansı 1000'de 0.9-8.7 arasında değişmektedir [1-4]. RİA perforasyonlarının bir kısmı asemptomatiktir ve belirti vermezler. Genel olarak perforasyonların yerleştirme sırasında oluştuğu veya oluşmaya başladığı düşünülmektedir.

RİA'nın uterusu perforasyonu sonucu intraabdominal enflamatuar yanıt ile sınırlanmakta bu da yapışıklıklara yol açmaktadır. Nadir olarak intraabdominal RİA tarafından organ perforasyonu gelişebilir. Uterus kavitesi içinde bulunmayan RİA'nın batındaki lokalizasyonunu belirlemek amacı ile tüm batın anteroposterior ve lateral radiografileri çekilmelidir. Radyografiler çekilirken uterus içine verilen radyoopak bir madde referans bölgesi olarak teşhiste yardımcı olur. Histeroskopi ve sistoskopi kaybolan RİA'nın tanısında yardımcıdır.

Bu yöntemlerle birçok hastada yalnızca RİA tipi gözükmüyorsa veya parsiel perforasyon oluşmuşsa daha ileri endoskopik girişime gerek kalmaz. Eğer uterus kavitesi boşsa ve radyografide intraabdominal RİA saptanmışsa operatif laparoskopi planlanmalıdır. RİA'nın abdominal kaviteye perforasyonu barsaklarda adezyonlar ve tıkanmalara neden olacağı için laparoskopik olarak çıkarılmalıdır [5]. Bu olgu raporunda ender ve atipik bir RİA'nın sistoskopi rehberliğinde laparoskopik cerrahi yöntemle çıkarılması sunulmuştur.

(*) Bu çalışma 4. Avrupa Video-Cerrahi Kongresi'nde tebliğ edilmiştir. (5-8 Haziran 1994, İstanbul)

(**) Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Doç. Dr.
(***) Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Op. Dr.
(****) Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Asis. Dr.

OLGU SUNUMU

B.N. kadın hasta, 37 yaşında, gravida 7, para 6, kliniğimize üriner sistem yakınmaları ile başvurdu. Anamnezinde 5 yıl önce RİA mevcut iken gebe kaldığı öğrenildi. Bu gebeliği takiben yapılan kontrolde RİA'nın uterus içerisinde olmadığı ve doğum ile birlikte düştüğü söylenmiş ve herhangi bir ileri tetkik yapılmadan taburcu edilmiş. Hastaya daha sonra kontrasepsiyon için yeni bir RİA takılmış. Son 7 aya kadar herhangi bir şikayeti olmayan hastanın, bu tarihten itibaren üriner sistem şikayetleri başlamış. Hastaya bu nedenle medikal tedavi verilmiş. Hastanın bu semptomlarının geçmemesi üzerine kliniğimize başvurdu. Yapılan jinekolojik muayenesi normal olarak değerlendirildi. Tetkik amacı ile çekilen ürogramda 2 RİA olduğu gözlendi. Serviksten ipi görülen RİA'nın çıkarılmasını takiben yapılan histerografik ve ultrasonografik incelemelerde diğer RİA'nın batın içinde olduğu saptandı.

RİA translokasyonu tanısı ile hasta video laparoskopi ile opere edildi. İnfraumbilikal 10 mm trokar ve suprapubik sağ ve sol pararektal 5 mm.lik trokarlar batına sevkedildi. Ön cul-desac'da mesanenin postero-lateral bölgesinde konglemerat teşkil etmiş bir kitle gözlendi. Bu kitleye barsaklar yapışıklık göstermekte idi. RİA omentum ile sınırlanmış ve sağ vezikoservikal alana yerleşmişti. Mesaneye olan yakınlığından dolayı sistoskopi yapılması kararlaştırıldı.

Sistoskopik incelemede mesane mukozasında küçük peteşial bir alan izlendi ve RİA'nın mesane dışında olduğu görüldü. Sistoskopik gözetim altında operatif laparoskopi ile adezyonlar disseksiyon forsepsi ve makas ile açıldı. RİA ipinden tutuldu ve disseksiyonu takiben serbestleştirildi (Cooper T 380A). RİA 5 mm.lik trokar aracılığı ile batın dışına çıkarıldı. Ayrıca elektroagülasyon ile tubal sterilizasyon yapıldı. Postoperatif dönemi komplikasyonsuz seyretti. Bir ay sonraki değerlendirmede hasta tamamen asemptomatik bulundu.

Alındığı tarih: 8 Ağustos 1995
Yazışma adresi: Dr. Hüsnü Görgen, Eminalipaşa Cad. Tüccar Sok. No:22/15 81110 Bostancı-İstanbul

TARTIŞMA

RİA yerleştirilmesinden sonra yapılan kontrollerde RİA ipinin görülmemesi 2 olasılığı akla getirmelidir. RİA'nın farkına varılmadan serviksten geçip atılması veya RİA'nın uterusu perfore etmesidir. Bu komplikasyonların insidansı bir ölçüde klinisyenin deneyimine ve yerleştirme zamanına bağlıdır. RİA'nın konumunu belirlemek amacı ile anteroposterior ve lateral batın radiografileri çekilir. Bizim olgumuzda gebelikten sonra RİA'nın muayene ile bulunmaması RİA'nın doğum ile atıldığını düşündürmüş ve ileri bir tetkik yapılamadan ikinci RİA yerleştirilmiştir. RİA'nın konumunun belirlenemediği bütün olgularda radyolojik tetkik yapılmalıdır.

Bizim olgumuzda olduğu gibi bakırlı RİA'lar ileri derece doku reaksiyonuna neden olabilir. Etraf doku ile ileri derecede adezyonlara neden olan bu tip olguların deneyimli bir cerrah tarafından video-laparoskopik yöntemle çıkarılması günümüzde seçilecek tedavi metodudur. RİA, vezikouterin bölgeye yerleşmişse transuretral sistoskopi ile mesane görüntülenmeli ve laparoskopik işlem sistoskopi eşliğinde yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. **Tietze** C. Evaluation of intrauterin devices. Ninth progress report of the cooperative statistical program. Studies in Family Planning 1970; 1(55):1-40.
2. **Ratnam SS, Yın JCK.** Translocation of lippes loop: the missing loop. British Medical Journal 1968; 1:612-614.
3. **Newton J.** Contraception, sterilization and abortion. In: Shaw R, Soutter P, Stanton S editors. Gynaecology. London: Churchill Livingstone, 1992; 291-312.
4. **Gorsline** JC, **Osborne NG.** Management of the missing intrauterin contraceptive device: Report of a case. Am J Obstet Gynecol 1985; 153:228-9.
5. **Stubblefield PG.** Contraception. In Copeland LJ editor. Textbook of Gynecology. Philadelphia: WB Saunders Company, 1993.