

# Vaginal Ultrasonografi ile Tanı Konulmuş Douglas'ta RİA Olgusu

Op. Dr. Bülent POTUR  
Kırıkkale Devlet Hastanesi  
Kadın Doğum Kliniği

## Özet

*Vaginal ultrasonografi ile tanı konulmuş rahim içi araca bağlı uterus perforasyonu olgusu sunulmaktadır.*

## Summary

*A case of uterine perforation with an intra-uterine device diagnosed by vaginal ultrasound is presented.*

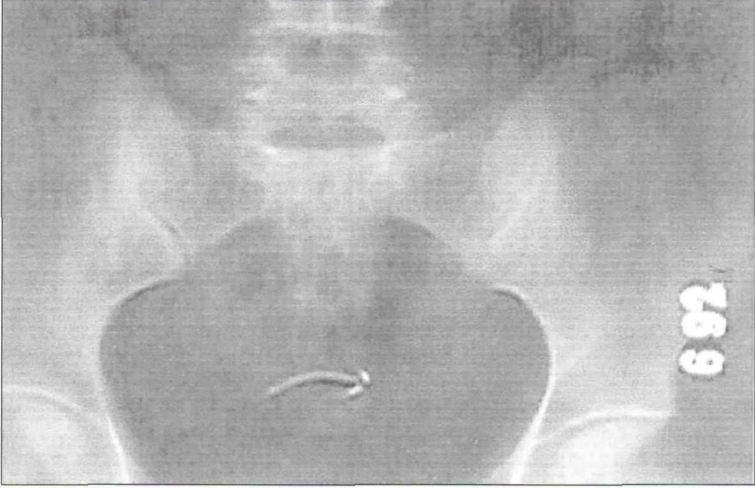
## Olgu Sunumu

25 yaşında G3 P3 Y3 olan hastanın son doğumunu 4 ay önce yaptığı, doğumdan 6 hafta sonra bir sağlık ocağında rahim içi araç

(RİA) taktığı, RİA kontrolüne gittiğinde RİA'nın iplerinin görülmemesi üzerine sevk edildiği öğrenildi.

Muayenesinde uterus retroverti fikse, adnex parametrium serbest olarak değerlendirildi. Çekilen pelvis grafisinde bakır T tipinde bir spiral pelviste yatay konumda tespit edildi. (Resim-1)

Vaginal ultrasonografik tetkikinde rahim içi aracın uterus kavitesinde olmadığı, uterus collumu hizasında retroverti uterusun arkasında muhtemelen pürülan mayi içeren bir cep içerisinde douglas boşluğunda yatay konumda durduğu tespit edildi. (Resim-2)



**Resim-1** Pelvis boşluğunda yatay durumda bakır T rahim içi araç

Gerekli preoperatuar hazırlıklar sonrası laparotomiye alındı. Gözlemede uterus ve overler normal cesamette idi. Ancak uterus douglas-taki enflamasyon nedeni ile retrovert hale gelmiş idi. Künt disseksiyon ile RİA ipine ulaşıldı. RİA çekildiğinde lojundan pürülan materyel boşaldı. Kanama kontrolünü takiben Douglas'a dren konularak ameliyata son verildi. Postoperatif 7 gün ikili antibiyotik uygulanan hastada herhangi bir komplikasyon gelişmedi.

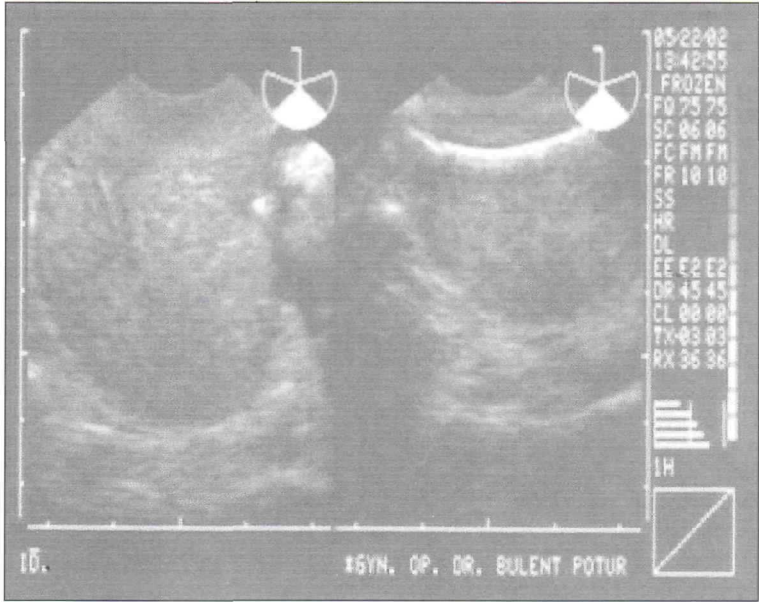
## Tartışma

Rahim içi araçların uterusu perforare etmesi ilk takılma sırasında ya da daha sonra oluşabilir. Ölümcül potansiyeli olabilen ciddi bir komplikasyondur. %0.12-0.68 insidansında görülür. Bazı hastalarda ağrı ve kanama gibi semptomlar verse de çoğu teşhisin konulduğu sırada asemptomatiktir. Eksternal osta

ria ipi görülmeince teşhisten şüphelenilir. Perforasyon olunca hasta gebelikten de korunamaz. Perforasyonu etkileyen faktörler arasında RİA'nın tipi, uterus büyüklüğü ve pozisyonu, RİA'nın düşük ya da doğumdan sonra takılma zamanı, RİA takanın tecrübesi sayılabilir. Ciddi komplikasyonlar arasında iç organlara ağır hasar ve/veya peritonit görülebilir. Teşhis klinik, radyolojik, ultrasonografik ve laparoskopik yöntemlerle konur.

Rahim içi araçların uterusu perforare ederek çok çeşitli organlarda yol açıkları zedelenmeler literatürde bildirilmiştir. RİA'nın mesaneye migrasyonu (1), mesanede taş oluşturmaması (2), ureteri itmesi (3), peri-rektal yağ dokusuna invazyonu (4), caecum perforasyonu (5), ileosigmoid fistül (6), rektum perforasyonu (7), RİA iplerinin anüsten gelmesi (8) şeklinde RİA komplikasyonları bildirilmiştir.

İsveç'ten yapılan bir yayında (9) Ulusal hastalık sigortası sistemine bildirilen ardışık 50 perforasyon olgusu incelenmiş, 42'sine (%84) RİA'nın ebe tarafından, 8'ine jineko-



**Resim-2** Vajinal ultrasonografik tetkikte retrovert uterus arkasında douglas boşluğunda RİA'nın sagittal ve coronal düzlemde görünüşü

log tarafından takıldığı, 45 (%90) kadına RİA'nın normal doğumdan sonraki 1 yıl içinde takıldığı, 31 (%62) kadına doğumu izleyen ilk 3 ay içinde takıldığı, 27 (%54) kadının emzirmekte olduğu, 31 olgunun (%62) RİA takılır takılmaz şiddetli ağrı hissettiği, 14 kadında (%28) teşhisin 1 aydan önce konduğu, 36 (%72) kadında teşhisin 1 aydan sonra konduğu, kasık ağrısının en sık semptom olduğu, 20 kadında (%40) beklenmeyen bir gebelik oluşması nedeniyle teşhis konduğu, 15 kadında ise (%30) kontrolde RİA iperi görülmemesi nedeni ile teşhis konduğu

bildirilmiştir.

### Sonuç

Rahim içi araçlara bağlı uterus perforasyonları ve bunlar sonrası oluşan iç organ zedelenmeleri nadir olarak görülmesine karşın ölümcül sonuçları olabilmesi nedeniyle önemlidir. Puerperal dönemde RİA'ya bağlı uterus perforasyonları daha sıklıkla görülmektedir. Bazen hiçbir semptom vermeden de perforasyon olmuş olabilir. Bu nedenle özellikle RİA takılmasından 1 ay sonraki kontrollere hasta uyumu sağlanmalıdır.

## Kaynaklar

1. Gonzalvo Perez V, Lopez Garcia LM, Aznar Serra G, Mola Ariza MJ, Navarro Anton JA, Botella Almodovar R, Polo Peris A. Uterine perforation and vesical migration of intrauterine device *Actas Urol Esp.* 2001 Jun;25(6):458-61
2. Reyes-Acevedo J, Bustamante-Sarabia J, Galindo-Martinez DF. Uterine perforation and localization of an IUD in the bladder associated with bladder calculosis. Report of a case and review of the literature *Ginecol Obstet Mex.* 1995 Oct;63:407-9
3. Sirikci A, Sarica K, Bayram M. Ureteral displacement due to a migrated intrauterine contraceptive device. *Urol Int.* 2000;65(3):179-80
4. Silva PD, Larson KM. Laparoscopic removal of a perforated intrauterine device from the perirectal fat. *JSLs.* 2000 Apr-Jun;4(2):159-62
5. Sarkar P. Translocation of a copper 7 intra-uterine contraceptive device with subsequent penetration of the caecum: case report and review. *Br J Fam Plann.* 2000 Jul;26(3):161
6. Abbasoglu O, Karakayali H, Akyurek M, Cebi Y. Uterine perforation and ileosigmoid fistula caused by an intrauterine contraceptive device. Case report. *Eur J Surg.* 1994 Mar;160(3):189-90
7. Sogaard K. Unrecognized perforation of the uterine and rectal walls by an intrauterine contraceptive device. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1993 Jan;72(1):55-6
8. Ramsewak S, Rahaman J, Persad P, Narayansingh G. Missing intrauterine contraceptive device presenting with strings at the anus. *West Indian Med J.* 1991 Dec;40(4):185-6
9. Andersson K, Ryde-Blomqvist E, Lindell K, Odland V, Milsom I. Perforations with intrauterine devices. Report from a Swedish survey. *Contraception* 1998 Apr;57(4):251-5.