

Tubeovaryan Abse Kliniği ile Prezente, İleuma İnvaze Rahim İçi Aracın İzlendiği Nadir Bir Olgu Sunumu

Surgical Removal of an Intrauterine Device Invaded into Ileum and Resulted as a Tubo-Ovarianabscess

Sezin Ertürk Aksakal¹, Füsün Bocutoğlu¹, Şadımın Kıykaç Altınbaş¹, Çağatayhan Öztürk¹, Bülent Yirci¹, Bülent Dede²
İnci Kahyaoglu¹, Ömer Lütfi Tapısız¹

¹Jinekoloji Kliniği, Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, Türkiye

²Genel Cerrahi Kliniği, Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, Türkiye

ÖZET

Bu yazıda, tubeovaryan abse kliniği ve myometriyuma invaze RİA nedeni ile opere edilen ve RİA'nın ileuma penetre olduğu izlenen nadir bir vakayı sunmayı amaçladık. Otozsekiz yaşında, yaklaşık 7 yıl önce dış merkezde Cooper-T RİA uygulanmış hasta tubeovaryan abse tanısıyla kliniğimize yatırıldı. On iki gün parenteral gentamisin ve klindamisin antibiyotik tedavisine rağmen hastanın klinik bulgularının sebat etmesi üzerine tedavisi seftriakson ve metronidazol olacak şekilde yeniden düzenlendi ve operasyon kararı alındı. Önce vajinal yoldan ultrasonografi eşliğinde posterior forniksten abse lojuna enjektör ile girilerek yaklaşık 200 cc pürülan yoğun kıvamlı içerik aspire edildi. Ardından histeroskopiye geçildi. Zorlanmaksızın çekilmesine rağmen RİA'nın alınamaması üzerine laparoskopiye geçildi. Gözlemlerde, ileum ve sigmoid kolonun omentum ile konglomerat oluşturarak fundusa ve uterus arkasına dens şekilde yapıştığı, RİA'nın gövdesinin myometriyuma gömülü, T kollarının ise ileum lümeni içerisinde olduğu görüldü ve laparotomiye geçildi. İleum rezeke edildi. Ardından ileal yan yana anastomoz ve loop ileostomi açıldı. Aylık takiplerinde herhangi bir sorun olmayan hastanın postoperatif 3. ayda loop ileostomisi kapatıldı. Perforasyon ve migrasyonun asemptomatik olarak gerçekleşebilmesi ve buna bağlı komplikasyonlar nedeniyle rahim içi araçların yerleşimleri şikâyetten bağımsız olarak rutin kontrol edilmelidir.

Anahtar Sözcükler: TOA, RİA, ileum invazyonu

Geliş Tarihi: 21.02.2017

Kabul Tarihi:30.05.2017

ABSTRACT

We present a case of a symptomatic perforation by an intrauterine device (IUD) into ileum resulted as a tubo-ovarian abscess. A 38-year old patient, who received TCu 380A in approximately 7 years ago, presented at the outpatient clinic with tubo-ovarian abscess. The patient received a 12-day course of antibiotic regimen intravenously. Clinical findings persisted despite upon antibiotic treatment. Then it was decided to operate the patient. Transvaginal ultrasound-guided drainage of tuboovarian abscess with concomitant hysteroscopy procedure was decided. Almost 200 mL of purulent, dense, brownish pus was drained until it was completely emptied and hysteroscopy was performed to remove the IUD. There was a negative pressure when aimed to pull out with the resectoscope, and gave a feeling that it was invaded into a visceral organ, therefore laparoscopy was performed. In exploratory laparoscopy, it was observed that ileum and sigmoid colon were conglomerated and attached densely on fundus, and cul-de-sac was totally obliterated. The two flexible side arms were embedded inside the ileum. It was decided to proceed to laparotomy. IUD was removed from the defect. 15 cm of ileum was resected, and loop ileostomy was performed. Clinical evaluation at monthly was uneventful and loop-ileostomy was closed at 3 months postoperative. Perforation of the uterus should be kept in mind in which IUDs are not visible in the uterine cavity.

Key Words: Tubo-ovarian abscess, intrauterine device (IUD), ileum invasion

Received: 02.21.2017

Accepted: 05.30.2017

GİRİŞ

Rahim içi araçlar (RİA) özellikle gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde yüksek kontraseptif etkinlikte, düşük riskli, hekim, ebe, hemşire gibi eğitimli birçok sağlık personeline uygulanabilir ve ucuz olmaları sebebiyle en sık kullanılan doğum kontrol yöntemlerinden biridir(1-2). RİA takılması çoğunlukla kolay olmasına rağmen, uygulama sırasında ve sonrasında perforasyonlar görülebilmektedir.

Perforasyonların çoğu takılma işlemi sırasında gerçekleşmekle birlikte, bazen inkomplet perforasyonlarda, zaman içinde uterin kontraksiyonlar ile RİA yer değiştirerek komplet perforasyonlara dönüşebilmekte ve komşu organ yaralanmaları görülebilmektedir(2). Bu yazıda, tubeovaryan abse kliniği ile servisimize kabul edilen, absenin antibiyotik tedavisi ile regrese olmaması ve myometriyuma invaze RİA'nın tesbit edilmesi üzerine opere edilen ve RİA'nın ileuma penetre olduğu izlenen nadir bir vakanın sunulması amaçlandı.

Bu olgu, 11. Türk Alman Jinekoloji (TAJEV) Kongresinde sunulmuştur.

Yazışma Adresi / Address for Correspondence: Dr. Sezin Ertürk Aksakal, Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Jinekoloji Kliniği, Ankara, Türkiye E-posta: drsezert@gmail.com

©Telif Hakkı 2017 Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi - Makale metnine <http://medicaljournal.gazi.edu.tr/> web adresinden ulaşılabilir.

©Copyright 2017 by Gazi University Medical Faculty - Available on-line at web site <http://medicaljournal.gazi.edu.tr/>

doi:<http://dx.doi.org/10.12996/gmj.2017.67>

OLGU SUNUMU

Otuzsekiz yaşında, G3P2D&C1Y2, iki normal spontan vajinal doğumu olan hasta kasık ağrısı şikâyetiyle hastanemiz Jinekoloji Polikliniği'ne başvurdu. Hikayesinden 7 yıl önce, ikinci doğumundan 2 ay sonra Cooper-T RİA uygulaması yapılmış olduğu öğrenildi.

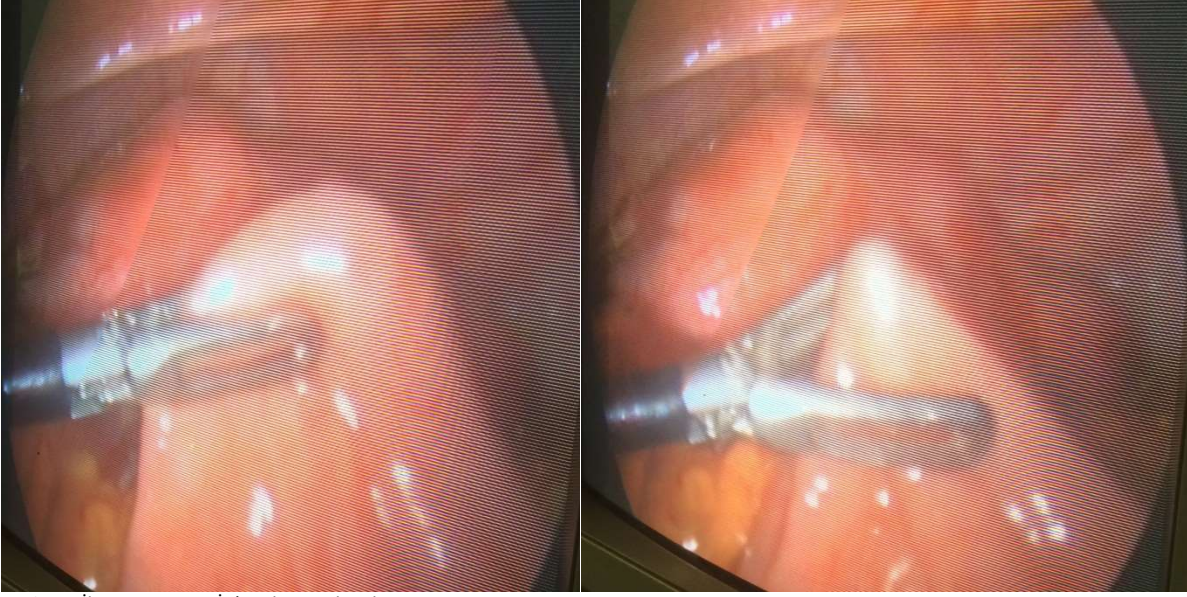
Üç haftadır kasık ağrısı şikâyeti olan hastanın pelvik ve spekulum muayenesinde yoğun lökore ile birlikte kollum hareketlerinin ağrılı ve Douglas'ta dolgunluk olduğu tespit edildi, RİA ipleri izlenmedi. Transvajinal ultrasonografi (TVUSG) değerlendirmesinde uterin fundusta myometriyuma invaziv RİA ile sağ overde 35x21 mm ovarian abse ve komşuluğunda 77x20 mm pyosalpenks, Douglas'ta sınırları barsak ansları ile çevrili 115x60 mm Douglas absesi izlendi (Resim 1). Beyaz küre sayısı 24,000/mm³, C-reactive protein (CRP) 14 mg/lit ve 38,8 °C ateşi tespit edilen hastanın tuboovaryan abse (TOA) tanısıyla kliniğimize yatırışı yapıldı.



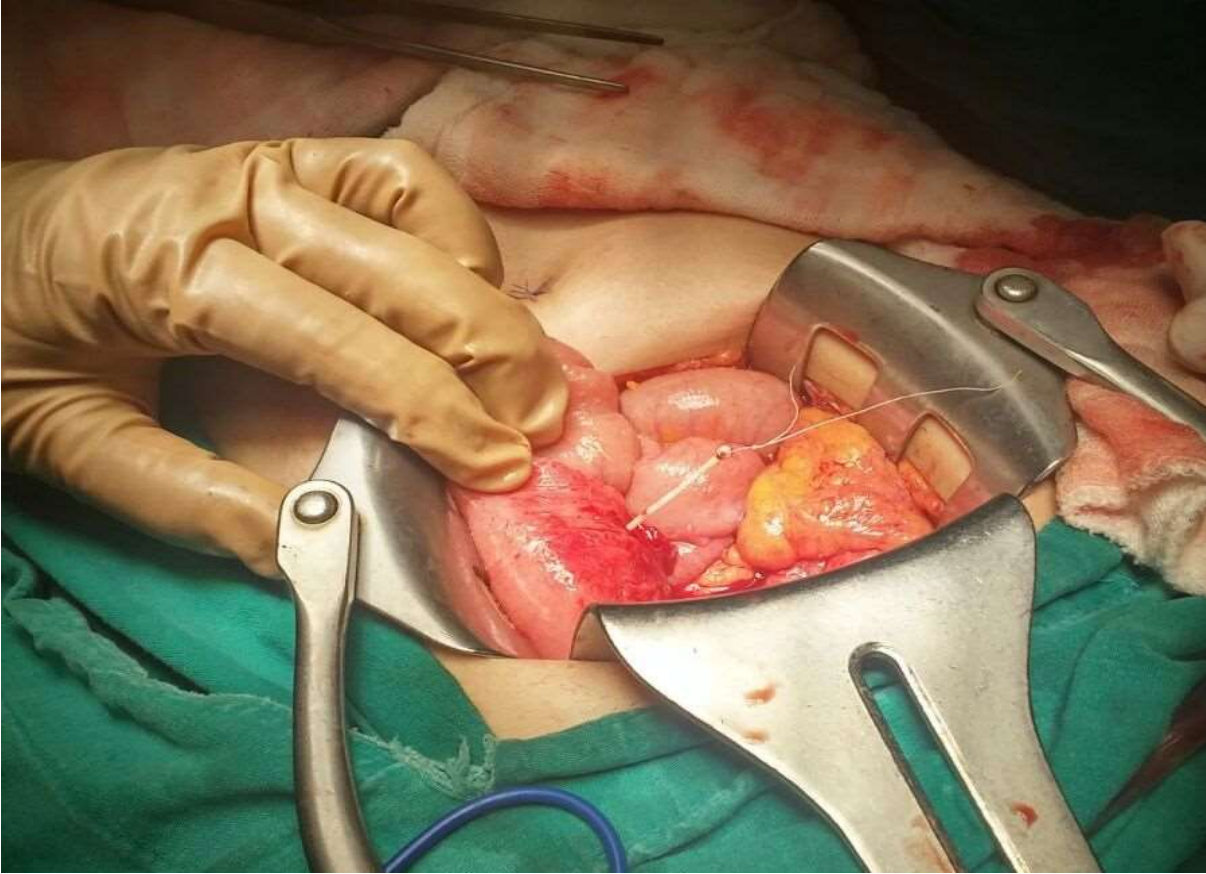
Resim 1: Ovarian ve Douglas absesi ultrasonografik görüntüsü

Kliniğimiz TOA protokolü doğrultusunda intravenöz gentamisin 2 mg/kg yükleme dozu takiben 1,5 mg/kg gentamisin ve 900 mg klindamisin 8 saatte bir alması planlandı. Takip sürecinde muayene bulguları kısmen gerilemesine rağmen, enfeksiyon belirteçleri yüksekliğinin ve USG bulgularının sebat etmesi nedeniyle mevcut antibiyotik tedavisi seftriakson 1 g 12 saatte bir ve metronidazol 500 mg 8 saatte bir intravenöz verilecek şekilde yeniden düzenlenerek, TVUSG eşliğinde abse drenajı ve eş zamanlı operatif histeroskopi yapılması planlandı. Ameliyathanede steril şartlarda posterior vajinal fornixten enjektör ile abse lojuna girilerek yaklaşık 200 cc yoğun kıvamlı, pürülan abse içeriği aspire edildi. Abse lojunun drenajı takiben, abse loju salin ve dilüe edilmiş batikon, rifampisin solüsyonları ile yıkandı ve operatif histeroskopiye geçildi. Gözlemede uterin fundusta myometriyuma gömülü halde, T kolları izlenmeyen, gövdesi uterin kavitede olan RİA görüldü. Rezektoskop ucuyla zorlanmaksızın çekilmesine karşın RİA'nın hafif hareketlenerek tekrar aynı pozisyonuna dönmesi ve alınamaması sebebiyle diagnostik laparoskopiye geçildi.

Laparoskopik gözlemede, ileum ve sigmoid kolonun omentum ile konglomerat oluşturacak şekilde uterin fundus ve posterioruna dens şekilde yapıştığı, RİA gövdesinin myometriyuma gömülü, T kollarının ise ileum lümeni içerisinde olduğunun görülmesi üzerine genel cerrahi uzmanları ameliyata dahil edilerek laparotomiye geçildi (Resim 2). Barsaklar ve uterus arasındaki dens adezyonların diseksiyonu sırasında RİA penetrasyonu ve abse nedeniyle sigmoid kolonda yaklaşık 1 cm ve ileumda yaklaşık 1,5 cm'lik barsak defekti belirlendi. RİA'nın çıkarılmasını takiben (Resim 3) sigmoid kolon primer onarıldı. Batın içi yaygın abse formasyonu göz önünde bulundurularak ileumdaki defektli bölgeyi de içine alacak şekilde 15 cm'lik ileum segmenti rezekt edildi. İleal yan yana anastomoz ve loop ileostomi yapılmasını takiben operasyon sonlandırıldı. Postoperatif dönemde parenteral seftriakson ve metronidazol antibiyotik tedavisi on dört güne tamamlanan hasta, oral antibiyotik tedavisi ile sorunsuz taburcu edildi. Aylık takiplerinde herhangi bir sorun olmayan hastanın postoperatif 3. ayda loop ileostomisi kapatıldı.



Resim 2: İleuma invaze RİA'nın laparoskopik görüntüsü



Resim 3: T kolları ileuma invaze RİA'nın laparotomik görüntüsü

TARTIŞMA

RİA etkin ve uzun süreli koruma özellikleri nedeniyle tüm dünyada yaygın olarak kullanılan bir kontrasepsiyon yöntemidir. Uzun dönem kullanıma bağlı olarak pelvik adezyon, ektopik gebelik, pelvik abse, pelvik inflamatuvar hastalık ve uterus perforasyonu görülebilmektedir(2). RİA uygulamaları sırasında görülen en ciddi komplikasyon uterus rüptürüdür ve 1-3/1000 oranında görülmektedir(3). RİA'ya bağlı rüptürün sıklığı, uygulayıcının deneyimi, uterusun pozisyonu ve uygulama zamanı ile yakından ilişkilidir. En sık olduğu dönem, postpartum ve postabortus uygulamalar sırasında ve sonrasında(4).

Çalışkan ve ark.ları uterus perforasyonları için risk faktörlerini analiz ettikleri çalışmalarında doğum sonrası 0-3. aylar arasında RİA yerleştirmenin perforasyon riskini arttırdığını tespit etmişler ve doğum sonrası altıncı ayda RİA yerleştirilmesini önermişlerdir(1).

Perforasyonların çoğu bizim vakamızda da olduğu gibi fundus ve posterior duvardan olmaktadır. Uterin perforasyonların %85'i diğer organları etkilemezken, kalan %15'i omentum, apendiks, periton ve mesane gibi komşu organ, en sık da barsak yaralanmalarına neden olur(5). Barsak yaralanmaları içinde incebarsak mezosu en az etkilenen olarak rapor edilmiştir(2).

Arslan ve ark.ları yaptıkları literatür taramasında bu yaralanmaların %40,4'nün sigmoid kolon, %21,3'nün incebarsak ve %21,3'nün ise rektumda olduğunu belirtmişlerdir(6). Şengül ve ark. yaptıkları çalışmada ise en sık ektrauterin yerleşimi omentum (%55.6) olarak saptamışlardır. Diğer lokalizasyonlar sırasıyla Douglas boşluğu (%5.6), kolon (%11.1), ön abdominal duvar ve omentum arası (%5.6), mesane (5.6), sakrouterin ligament (%5.6) ve kolon mesenterisi (%5.6) olarak saptanmıştır(7).

Uterus perforasyonu olan hastaların büyük bir kısmı uzun süre asemptomatik kalabilir. Vakamızda da RİA uygulamasından yaklaşık 7 yıl sonra uterin perforasyon bulguları gelişmiştir. Ayrıca hasta insidental migrasyon vakalarından farklı olarak tubo ovarian abse kliniği ile başvurmuştur. Bizim vakamızda olduğu gibi tubaovaryan abse, abdominal şiddetli ağrı, ateş, akut batın, vajinal kanama, barsak obstrüksiyonu bulguları ile prezente olan olgu sunumları nadir olarak bildirilmektedir. Retrospektif bir çalışmada 5 yıldan daha uzun süre RİA kullanımının TOA gelişimi için bir risk faktörü olabileceği ancak yinede 10 yıla kadar güvenle kullanılması gerektiği saptanmıştır(8).

RİA'ya bağlı uterin perforasyonların standart tedavisi, laparoskopik veya laparotomik yaklaşımdır. Literatürde kolonoskopi ile RİA çıkarılan vakalar bildirilmektedir(9). Bizim vakamızda minimal invaziv yaklaşım ön planda tutularak önce histeroskopi ve laparoskopi uygulanmış, RİA'nın ince barsağa invaze ve sigmoid kolonla dens yapışıklık halinde izlenmesi üzerine, barsak obstrüksiyonu ve sepsis gibi mortal komplikasyonlardan kaçınmak amacıyla ve teknik olarak uterus ve barsak tamirine kolaylıkla izin vermesi nedeniyle laparotomi tercih edilmiştir. Hastaya operasyon öncesi barsak temizliği yapılmıştır. Ancak laparotomik gözlemede sigmoid kolonda yaklaşık 1 cm ve ileumda yaklaşık 1,5 cm'lik barsak defekti belirlenmesi, operasyona dahil olan genel cerrahi ekibinin de önerisiyle ileumdaki defektin büyük olması, batın içi yaygın abse formasyonu nedenleriyle primer onarım ile iyileşmenin problemli olacağı öngörülerek kolostomi açılmasına karar verilmiştir.

TOA olgularında pelvik ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi en sık kullanılan görüntüleme yöntemleridir (10). İlk basamak görüntüleme yöntemi olarak ultrasonografi önerilmekle birlikte bizim vakamızda olduğu gibi alışılmadık ve beklenmeyen TOA olgularında bilgisayarlı tomografi ile değerlendirme yapılabileceği mutlaka akılda tutulmalıdır.

Rahim içi araç kullanımı birçok faydalarına karşın uygulaması potansiyel olarak riskler içeren bir yöntemdir. RİA uygulaması sonrası uterin kavitede olup olmadığı kontrol edilmelidir. RİA uygulama öyküsü olan ve muayenede RİA ipi görülmeyen hastalarda mutlaka RİA lokalizasyonu belirlenmelidir. Uterin kavitede RİA görülmeyen hastalarda uterus perforasyonu akılda tutulmalıdır.

Perforasyon ve migrasyonun asemptomatik olarak gerçekleşebilmesi ve buna bağlı olarak gözlenebilecek komplikasyonlar nedeniyle rahim içi araçların yerleşimleri şikâyetten bağımsız olarak rutin kontrol edilmelidir.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Caliskan E, Ozturk N, Dilbaz BO, Dilbaz S. Analysis of risk factors associated with uterine perforation by intrauterine devices. *Europ J Contracept Reprod Health Care* 2003;8:150-5.
2. 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
3. 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.
4. 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.
5. Ebel L, Foneron A, Troncoso L, Cañoles R, Hornig A, Corti D. Intrauterine device migration to the bladder: Report of four cases *Actas Urol Esp* 2008;32:530-2
6. Arslan A, Kanat-Pektas M, Yesilyurt H, Bilge U. Colon penetration by a copper intrauterine device: a case report with literature review. *Arch Gynecol Obstet* 2009; 279: 395-7.
7. Ö. Şengül, B. Dilbaz, D. Kavak, S. Dede, N. Yerebasmaz & Ş . Altınbas. Surgical management of extrauterine misplaced intrauterine contraceptive devices and related risks. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, January 2014; 34: 70–3
8. Charonis G, Larsson PG. Prolonged use of intrauterine contraceptive device as a risk factor for tubo-ovarian abscess. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2009;88:680-4.
9. Medina TM, Hill DA, DeJesus S, Hoover F. IUD removal with colonoscopy: a case report. *J Reprod Med* 2005; 50: 547-9
10. Chappell CA, Wiesenfeld HC. Pathogenesis, diagnosis, and management of severe pelvic inflammatory disease and tuboovarian abscess. *Clin Obstet Gynecol.* 2012;55:893-903.