

Bir Intraabdominal RIA Olgusu Nedeniyle RIA Komplikasyonları

T. Yardım^a, L. Kırıkoğlu^b, Ş. Karahasan^c

^a Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hast. ve Doğum Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.
(Doç. Dr.) EDİRNE

^b Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hast. ve Doğum Anabilim Dalı (Araştırma Gör.)
EDİRNE

^c Trakya Üniversitesi Tıp Fak. Kadın Hast. Anabilim Dalı (Araştırma Gör.) EDİRNE

ÖZET :

Kontrasepsiyon yöntemleri arasında en çok taraftar toplayanlarından biri olan Rahim İçi Araç (RIA) uygulaması bazı komplikasyonları da beraberinde getirmektedir. Sembptomların süresine bakılırsa yaklaşık 8 yıldır intraabdominal taşınan bir RIA (Lippes Loop) nedeniyle komplikasyonları gözden geçirdik.

SUMMARY :

Among the Contraception Methods, IUD insertion is one of the most popular form. But IUD insertion brings some complications with itself. By means of a case of intraabdominal IUD (according to symptoms it's lasted about 8 years), we reviewed the complications of IUD.

GİRİŞ :

Yaklaşık 50 yıl kadar önce Graafenberg ilk kez uterus içine konan metal bir halka ile kontrasepsyon yapılabileceğini göstermiştir. Aradan geçen süre içinde hem bu halkanın şekli hem de yapısı değişti. Kullanım oranı da arttı. Son sayırlara göre gelişmiş ülkelerde 11 milyon, az gelişmiş ülkelerde de 6 milyon kadar kadın bu yöntemi kullanmaktadır¹. Komplikasyonları 2 gruba ayıralırlız;

- a) **Ciddi komplikasyonlar:** Gebelik, Pelvisin Enflamatuar Hastalığı (PID) ve takma sırasında veya daha sonra oluşan uterus perforasyonu.
- b) **Minör Komplikasyonlar:** Kramplar, kanama, RIA'nın spontan olarak atılmasıdır^{2, 3}.

BİR INTRAABDOMINAL RM OLGUSU NEDENİYLE RIA KOMPLİKASYONLARI

OLGU: Br. F. A., 29, G:4 P:2 A:1 C:1

Adet sikliği: 30/1-2/2 ped/gün, **Dismenore:** (+ + +), **Dispareni:** (+ + +), **Leukore:** (+ +), beyaz, kokusuz. 15 yıl önce appendektomi olmustur.

Hasta 20.7.1986 tarihinde T.U. Tip Fak. K. Doğum Poliklinigine RIA çekilmesi ve 8 yıldır kasık ve bel ağrıları, ileri derecede dismenore ve disparoni, aralıklı kontraspasyon, diare, gaz ve şıklılık nedeniyle başvurdu. Anamnez de- rine getirilince hastanın 8 yıl önce Normal doğum'u nikiben adet görülmeye bir sağlık ocağında RIA (Lippes Loop) takıldığı, ancak 15 gün sonra RIA ipinin eline gelmemesi üzerine kontrole gittiği orada da RIA'nın düşüğül söylenilip yenisinin takıldığı öğrenildi.

RIA çekiliş histerometre ile birlikte direkt Grüner sistem graffisi (AP ve lateral) çekildi. Uterusun 3-4 cm sağında 3-4 cm önünde ikinci RIA görüldü. Laparatomije karar verildi.

Operasyonda Lippes Loop cinsi RIA batın boşluğununda omentum ile sarılı bir şekilde görüldü. Parsiel omentektomi ile birlikte RIA çıkartıldı. Patoloji raporu: "Exişkin tipte yağ dokusu yabancı cisim reaksiyonu görülmeli" şeklinde geldi.

Post-op komplikasyon görülmeyen hasta şifa ile altıncı gün taburcu edildi. 6 hafta sonra kontrole gelen hastanın şikayetlerinin büyük oranda geçmiş olduğu saptandı.

TARTIŞMA :

Gelismekte olan 16 ülke üzerinde yapılan bir araştırmada; RIA ya bağlı olup hospitalizasyonu gerektiren ana komplikasyonlar şıklık sırasına göre; Pelvik enfeksiyon, kanama ve yöntemin başarısızlığı şeklinde dir¹. Halbuki ABD kadınlarında bu sıralamadaki Pelvik enfeksiyon yine ilk sırada, ancak kanama dördüncü sırada yer almaktadır². Uterusun parsiyel ya da komplet perforasyonu nadir komplikasyonlardır^{3,4}.

RIA takılması sırasında uterin kavite yüksek oranda kontamine olur. Transservikal örneklerden alınan endometrial kültürler, % 58. pozitiftir⁵. Alt uterin kavite persistan olarak pozitif kültür verir¹². 18 saat sonra uterin kavite % 80 sterildir. 4 hafta içinde de bakterilerden tamamen temizlenir⁶. Non-

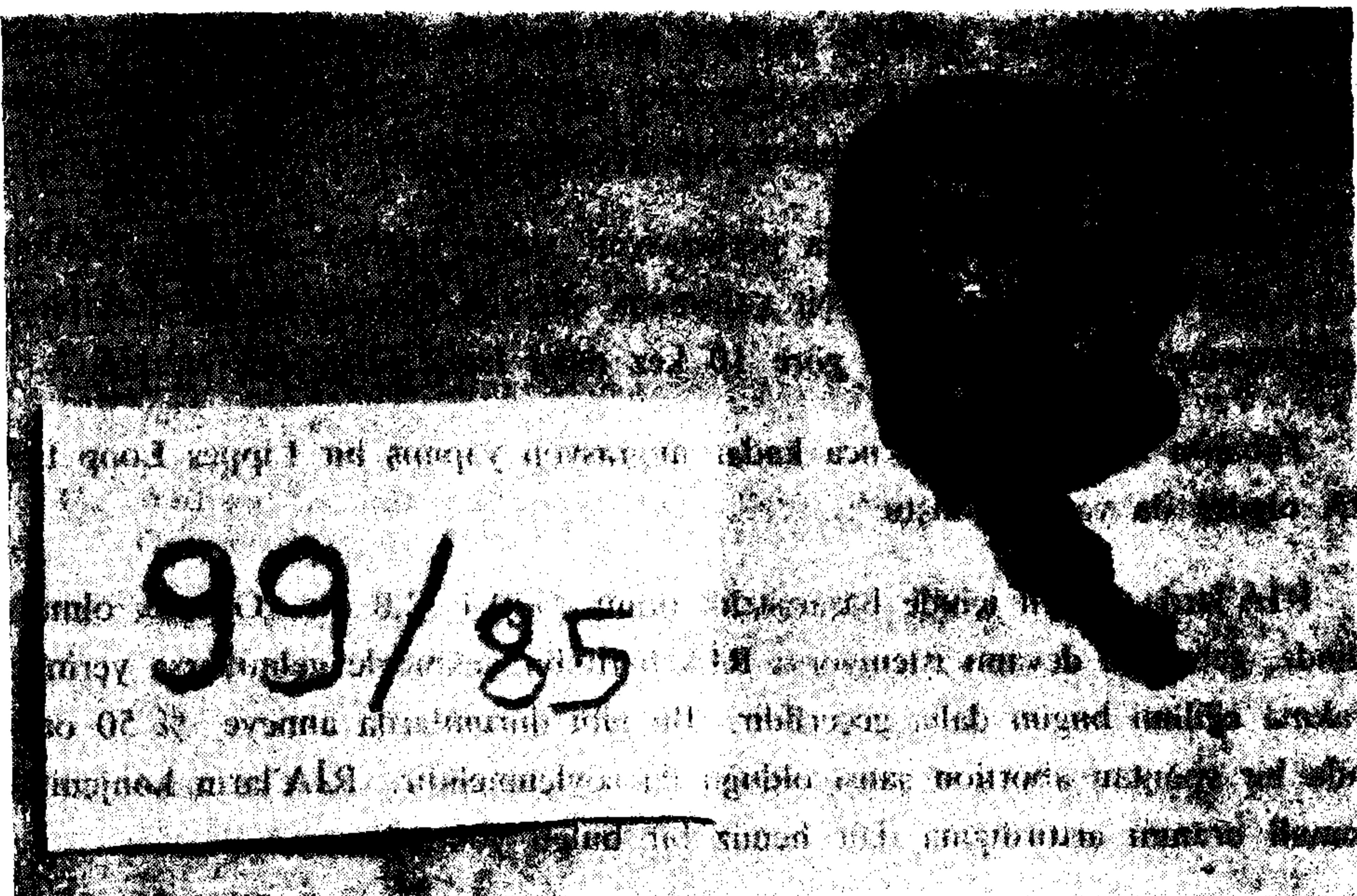
gonococcal enfeksiyonlar daha fazla tubal oklüzyon yaparlar^{8, 11}. İlk enfeksiyonda olguların % 13 içinde tuba kapanır. Rekürrans halinde oran % 20, ikinci bir PID tubaların kapanması dolayısıyla % 35 infertiliteye neden olur. PID, RIA'lı nulliparılarda RIA'sızlara göre 7 kez daha sık olur⁹. Genç nulliparlar, özellikle düşük sosyoekonomik düzeyde olanlar yüksek riskli hastalardır⁹. Bu nedenlerle bazı yazarlar genç nulliparlara RIA takılmasını tavsiye etmezler¹⁰. İngiltere ve diğer ülkelerden RIA'lı olup da non-gonococcal septisemiden ölen ve septiseminin RIA takılmasını takiben 2 aydan uzun bir süre sonra geliştiği 4 olgu bildirilmiştir^{13, 14, 15}. 1975'de De Swiet ve ark. bir RIA takılmasını takiben gelişen bakterie lendokardit olgusu bildirdiler¹⁶. Hastadan genel bir anamnez alınırken çok dikkatli olmalı, bir endokardit varsa antibiotik profilaksi uygulanmalıdır¹⁷. Sistemik kortikosteroid veya bir immünosupresyon tedavisi uygulanan kimselerde RIA takılması kontrendikedir¹⁵. Literatürde 100'den fazla olgu da pelvik actinomycosis üzerinedir. Etkeni actinomycosis israeli pap smear ile saptanabilir^{8, 18}.

Istatistiksel incelemeler RIA'ların ekstrauterin gebelik oranını, fertili-zasyonun sayısını azaltarak düşürdüğünü göstermektedir. Ama intrauterin implantasyonu da azaltması nedeniyle RIA kullanan kadınlardaki gebeliklerin % 5 kadarı ekstrauterindir²⁰.

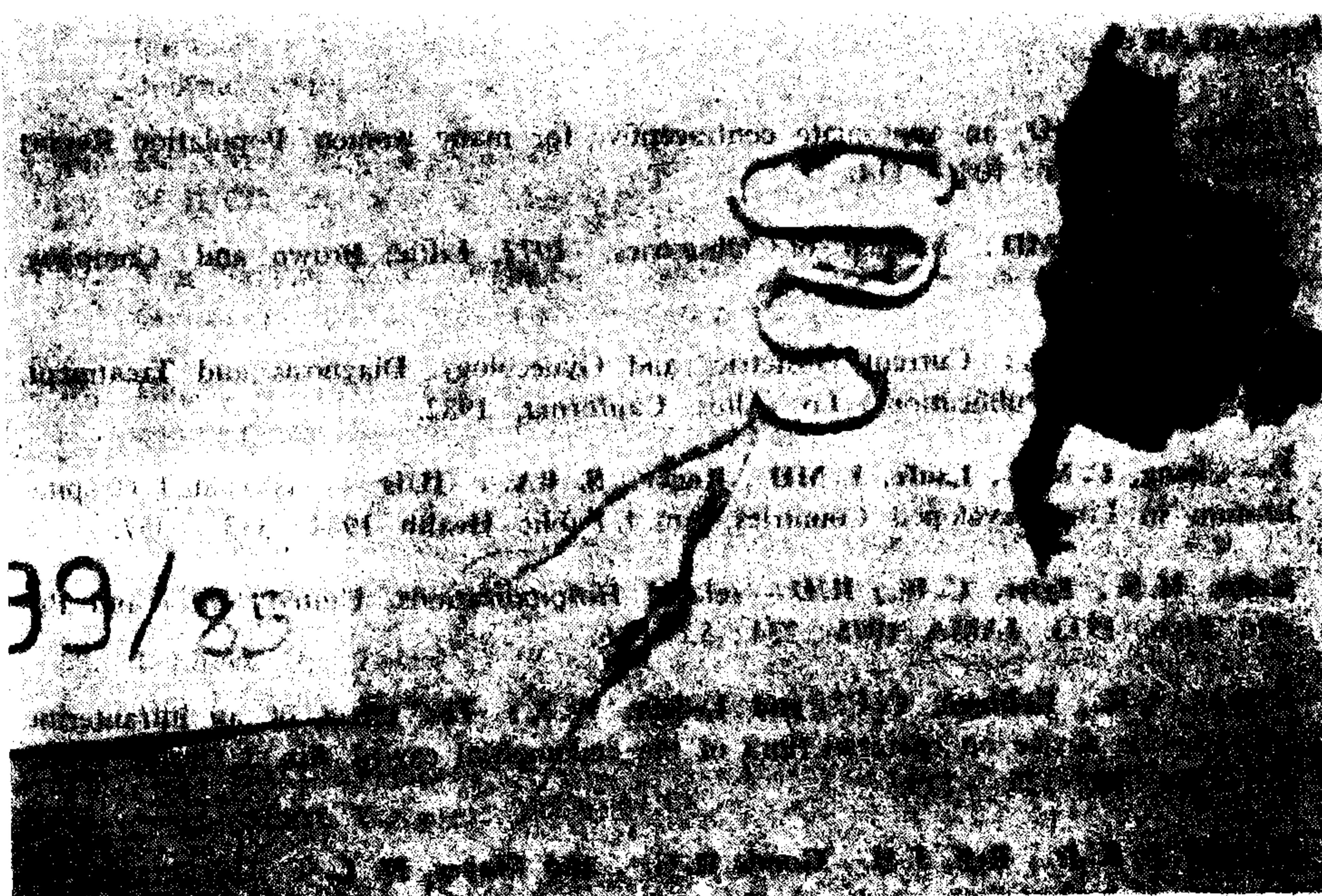
Uterusun perforasyonuna neden olacak ilk travma RIA'nın takılması sırasında olur²¹. Bakır içeren RIA'lar perforasyon sonrası doku cevabı nedeniyle adhezyonlara yolaçar. 1978'de İngilterede strangüle olmuş ileum nedeniyle bir ölüm olgusu bildirilmiştir¹⁵. Bu tip RIA'lar perforasyon saptanınca hemen çıkartılmalıdır. Bakırsız RIA'lar ise adhezyona yol açacak reaksiyon yapmazlar. Bu nedenle bazı yazarlar bunların perforasyon halinde hemen çıkarılmalının şart olmadığını inanırlar³.

Uterus perforasyonları genellikle asemptomatiktir³. Tanıda direkt batın grafisi ile RIA'nın pelviste olduğu saptandıktan sonra histerosapingografiye başvurulur. Bu yöntem; RIA'nın normal yerinde olduğunu, yüzeyel bir şekilde gömülü olduğunu veya derine gömüldüğünü, parsiyel veya komplet perforasyonu net şekilde gösterir. Ultrasonun faydası sınırlıdır. RIA'nın normal yerinde mi yoksa gömülü mü olduğunu gösteremez, komplet perforasyonu yalnızca

**BİR INTRAABDOMINAL RIA OLĞUSU NEDENİYLE
RIA KOMPLİKASYONLARI**



Şekil : 1 RIA Omentum içindeki durumu



Şekil : 2 RIA Omentumdan çıkarılmış durumu

RİA uterusa yakın ise gösterir, parsiyel perforasyonu gösterir ama tam yerini ve myometrial penetrasyonun tam derecesini gösteremez²³. Komplikasyon Tomografisinin (CT) ~~taşıda bulundüğüne~~ dair yayınlar vardır²³.

Postpartum dönemde takılıncaya perforasyon şansı normal zamanda 1/5000 iken 1/600'a yükseliş²⁴. Birçok bir çalışmada emziren kadınlarda RİA takılıncaya perforasyonun, ~~annejede~~ göre 10 kez daha fazla görüldüğü bulunduğu²⁵.

Tubanın içinde fibroid uca kadar migrasyon yapmış bir Lippes Loop tipi RİA olgusu da yayımlanmıştır²⁶.

RİA'larda ilk yıl içinde başarısızlık oranı % 0,4 - 2,8 dir. Gebelik olmasa halinde, gebeligin devamı isteniyorsa RİA hafif bir çekmeyele gelmiyorsa yerine bırakma eğilimi bugün daha geçerlidir. Bu gibi durumlarda anneye % 50 oranında bir spontan abortion şansı olduğu da söylenmelidir. RİA'ların konjenital anomali oranını artttığına dair henüz bir bulgu yoktur²⁷.

KAYNAKLAR :

1. Linkin, L.: IUD, an appropriate contraceptive for many women. Population Report 1982; Series B 4 : 108 — 114.
2. Kenneth R. N. MD: Manual of Obstetrics, 1977, Little, Brown and Company, Boston.
3. Benson MC, MD.: Current Obstetrics and Gynecology. Diagnosis and Treatment. Lange Medical Publications, Los Altos, California, 1982.
4. I — Cheng, C. MD., Lanfe, L. MD., Rogers, S. BA. : IUD — Associated Hospitalization in Less Developed Countries, Am. J. Public Health 1984 : 353 — 357.
5. Kahn, H. S., Tyler, C. W.: IUD — related Hospitalizations, United States and Puerto Rico, 1973. JAMA 1975 : 234 : 53 — 56.
6. Willson, J. R., Bolling, C. C., and Ledger, W. J.: The effect of an intrauterine contraceptive device on bacterial flora of the endometrial cavity. Am. J. Obstet. Gynecol. 1964, 90 : 726 — 739.
7. Mishell, D. R. Jr., Bell, J. H., Good, R. G. , and Moyer, D. L. : The intrauterine device: A bacteriologic study of the endometrial cavity. Am. J. Obstet. Gynecol. 1966, 96 : 119 — 126.

**BİR INTRAABDOMİNAL RIA OLĞUSU NEDENİYLE
RIA KOMPLİKASYONLARI**

8. Weström, I., Bengtsson, L.P., and Mardh, P.: The risk of pelvic inflammatory disease in women using intrauterine contraceptive devices as compared to nonusers. *Lancet.* 1976, 2: 221 — 224.
9. Scott, W.C.: Pelvic abscess in association with intrauterine contraceptive device. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1978, 131: 149 — 156.
10. Hatcher, R.A.: A case against the use of IUDs for teenagers. *Adv. Plann. Parent.* 1980, 15: 48 — 55.
11. Westrom, I.: Effect of acute pelvic inflammatory disease on fertility. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1975, 121: 707 — 13.
12. Sparks, R.A., Parier, B.G.A., Watt, P.J., Elstein, M.: Bacteriological colonization of uterine cavity: role of tailed intrauterine contraceptive. *Br. Med. J.* 1981; 282: 1189 — 91.
13. Scott, R.B.: Critical illnesses and deaths associated with intrauterine devices. *Obstet. Gynecol.* 1968, 31: 322 — 7.
14. Marshall, B.M., Hepler, J.K., Jinguji, M.S.: Fatal streptococcus pyogenes septicaemia associated with an IUD. *Obstet. Gynaecol.* 1973, 41: 83 — 87.
15. Smith, P.A., Ellis, C.J., Sparks, R.A., Guillebaud, J.: Deaths associated with intrauterine contraceptive devices in the UK between 1973 and 1983. *British Med. Journal.* 1983, 287: 1537 — 8.
16. De Swiet, M., Ramsay, I.D., Rees, G.M.: Bacterial endocarditis after insertion of IUCD. *Br. Med. J.* 1975, iii: 76 — 7.
17. Van Santen, M.R., Haspels, A.A.: Interception by post — coital IUD insertion. *Contracept. Deliv. Syst.* 1981, 2: 189 — 200.
18. Hager, W.D., Majmudar, B.: Pelvic actinomycosis in women using intrauterine contraceptive devices. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1979, 133: 60.
19. Spence, M.R. et al: Cytological detection and clinical significance of *Actinomyces israelii* in women employing intrauterine contraceptive devices. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1978, 131: 295.
20. Lehlfeld, H., Tietze, C., Gorstein, F.: Ovarian pregnancy and intrauterine devices. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1970, 108: 1005 — 9.
21. Key, T.C., Kreutner, A.: Gastrointestinal complications of modern intrauterine devices. *Obstet. Gynaecol.* 1980, 55: 239 — 44.
22. Zakin, D., Stern, W.Z., Rosenblatt, R.: Complete and partial uterine perforation and embedding following insertion of intrauterine devices: II Diagnostic methods, prevention, and management. *Obstet. Gynecol. Surv.* 1981, 36: 401 — 417.

