Intrauterin Device Migration to the Bladder and Endoscopic Treatment; Case Report

Mesaneye Rahim İçi Araç Migrasyonu ve Endoskopik Tedavisi; Olgu Sunumu

İdris Kıvanç Cavıldak, İsmail Nalbant, Ufuk Öztürk, Can Tuygun, H.N.Göksel Göktuğ
Üroloji Kliniği, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, Ankara, Türkiye

Özet

Rahim içi araç (RİA) uzun süreli, etkili ve tekrar kullanıma müsait yaygın bir kontrasepsiyon yöntemidir. RİA'ın mesaneye migrasyonu nadir görülen bir komplikasyondur. Kronik pelvik ağrı, vajinal akıntı, dirençli idrar yolu enfeksiyonu ve irritatif işeme bulguları varlığında RİA'ın mesane migrasyonu akla gelmelidir. Bu çalışmada mesanede taşlaşmış RİA olgusunun sunulması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler

Rahim İçi Araç; Mesane Taşı; Uterus Perforasyonu

Abstract

An intrauterine device (IUD) is a long term, efficient, reversible and common method of contraception. IUD migration into the bladder is a rarely observed complication. Chronic pelvic pain, vaginal discharge, resistant urinary tract infections and bladder irritative voiding symptoms in the presence of IUD migration should be considered. This study aimed to report cases of bladder petrified IUD.

Keywords

Intrauterine Device; Urinary Bladder Calculi; Uterine Perforation

DOI: 10.4328/JCAM.3329 Received: 19.02.2015 Accepted: 11.03.2015 Printed: 01.08.2014 J Clin Anal Med 2014;5(suppl 4): 496-8
Corresponding Author: İsmail Nalbant, Üroloji Kliniği, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, Ankara, Türkiye.
GSM: +905054602340 E-Mail: nalbant60@yahoo.com

Giriş

Rahim içi araç (RİA), reversible, düşük komplikasyon ve maliyet oranları nedeniyle en çok kullanılan kontrasepsiyon yöntemidir [1]. RİA yerleştirme sırasında veya daha sonra yer değiştirme ile uterus perforasyonu sonucu mesaneye migrasyonu nadir bir komplikasyondur. Biz bu çalışmamızda 5 yıl önce takılıp mesaneye migrate olmuş ve taşlaşmış RİA olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

Yaklaşık 5 yıl önce RİA takılıp son 1 aydır da geçmeyen dizüri, hematüri ve pelvik ağrısı olan 32 yaşında ki hastanın kliniğimize başvurması üzerine yapılan tam idrar tetkikinde 105 eritrosit, 3 lökosit mevcutken idrar kültüründe üreme saptanmamıştır. Hemodinamik testleri de normal olan hastanın çekilen direk grafisinde (resim 1) mevcut RİA'ın mesaneye migrate olduğu düşünülmüş ve yapılan ultrasonografide (USG) de mesane içinde RİA'a ait olabileceği düşünülen görünüm izlenmiştir şeklinde raporlanmıştır.



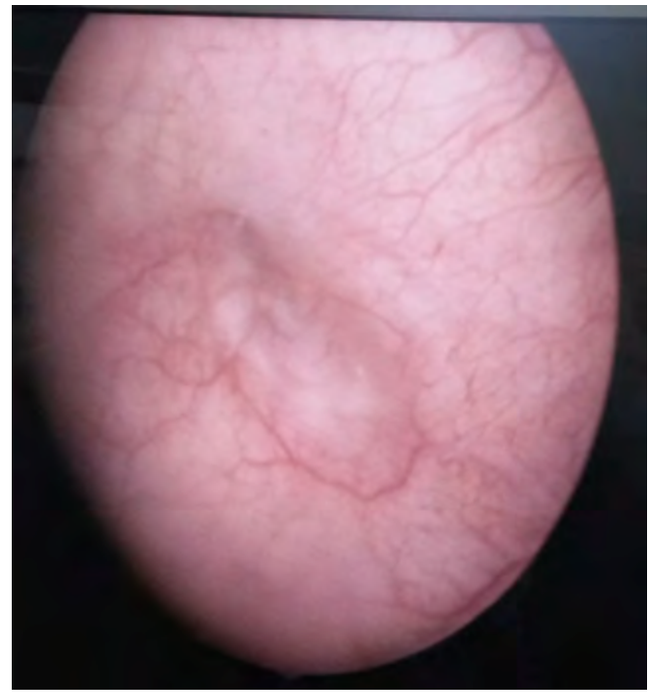
Resim 1. Mesaneye migrate RİA

Hastaya genel anestezi altında endoskopi uygulandı ve mesanedeki taşlaşmış RİA (resim 2) forcepsle ekstrakte edildikten sonra yapılan kontrol sistoskopisinde herhangi bir fistül traktına ve patolojik oluşuma rastlanmazken sol yan duvar-taban bileşkede skleroze görünüm izlendi (resim 3). Söz konusu lezyon hastanın mevcut yaşı, anamnezi, klinik bulguları, görüntüleme yöntemleri ve yapılan sistoskopik incelemesi göz önüne alındığında, ürotelyal malignite düşünülmemiş ve RİA'ın mesaneye giriş traktı olduğu düşünülüp mevcut görünüm perforasyon lehine yorumlanmıştır.

Postoperatif 1. günde sorunsuz bir şekilde taburcu edilen hastanın 1. ay kontrolünde herhangi bir komplikasyon veya fistül bulgusuna rastlanmamıştır.



Resim 2. İntravesikal RİA



Resim 3. Mesane sol yan duvar perforasyon hattı

Tartışma

RİA yaygın kullanılan, güvenilir kontrasepsiyon yöntemlerinden biri olup intraabdominal ve komşu organlara migrasyonu nadir görülmekle beraber tedavi edilebilir bir komplikasyonudur. RİA migrasyonu nedeniyle oluşan uterus perforasyonu insidansı 1000 olguda 0.87-1.6 oranında saptanmıştır [2]. Nadir görülen perforasyon, literatürde çeşitli sebeplere bağlanmış ve çoğu yazar da RİA uygulamasının bu konuda uzmanlaşmış kişilerce uygulanması gerekliliğine inandıklarını belirtmişlerdir [3-5]. Bunun dışında Actinomyces enfeksiyonu varlığı [6,7] yüksek efor gerektiren işlerde çalışılması durumları, postpartum ve laktasyon dönemleri ile hipoöstrojenemi gibi uterus duvarının inceldiği süreçlerde uterusun perforasyona daha yatkın olduğu bildirilmiştir [4,5,8]. RİA migrasyonu, sıklıkla peritoneal kavite, omentum, ileum, sigmoid kolon, rektum ve mesaneye görülmektedir [9]. Mesaneye migrate olmuş RİA yerleşimi literatürde daha çok arka duvarda bildirilirken [10,11], bizim olgumuzda daha skleroze ve iyileşmiş perforasyon hattı görünümünden dolayı mesane tabanı-sol yan duvar bileşkeye yerleşmiş olduğunu saptamış bulunmaktayız.

İntravezikal RİA, asemptomatik olabileceği gibi dizüri, hematüri, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu ve alt abdominal bölgede ağrıya neden olabilir. Bayan hastaların üroloji polikliniklerine

sık başvuru nedenlerinden olan bu şikayetlerin kaynağının az da olsa RİA migrasyonu olabileceği ihtimali unutulmamalıdır. İntravesikal RİA, USG ve pelvik grafi gibi radyolojik yöntemlerle de üzerinde kalsifikasyon ve taş oluşumu görülebilmektedir [8]. Literatürde taş oluşum miktarı ve süresine dair fikir birliği bulunmamaktadır. Çeşitli çalışmalarda mesane perforasyonu sonrası ilk 6 ayda [12] veya 3 yılda [13] çıkabileceği ifade edilirken bu durumun mesanenin RİA'a maruziyetinden bağımsız olduğunu iddia eden çalışmalarda bulunmaktadır [14]. Bizim olgumuzda irritatif işeme belirtileri ile polikliniğimize başvurmuş ve şikayetleri RİA yerleştirilmesinden beş yıl sonra çıkmış olup üzerinde taş oluşumu görülmüştür.

Kayıp RİA, ağrı, enfeksiyon, komşu organ hasarı, intraabdominal adezyon, intestinal obstruksiyon, hatta sepsis gibi komplikasyonlara sebep olabileceği ihtimallerinden dolayı ortaya konulması ve tedavi edilmesi gereken bir durumdur [3,4,8,15,16]. Tedavide açık cerrahi ile laparoskopi ve endoskopi gibi minimal invaziv yöntemler tercih edilebilmektedir. Açık cerrahi genellikle RİA üzerinde oluşmuş büyük boyutlu taşların çıkarılması amacıyla uygulanabilir [17]. Markovitch ve ark. uygun hastalarda konservatif yaklaşımı da tavsiye etmektelerse de [6] intravesikal RİA durumlarında, ürotelyumdaki yabancı cisimlerin alt üriner sistem semptom ve taş oluşum potansiyellerinden ötürü tedavi gerektirmektedir [8,15]. Biz de hastamızda tespit ettiğimiz intravesikal RİA'ı endoskopik yöntem ile çıkarabildik.

Sonuç

RİA uygulanmış bayanlarda, tedaviye dirençli üriner enfeksiyon, disparoni, dizüri gibi alt üriner sistem semptomları varlığında RİA migrasyonu akla gelmeli, tanı ve tedavi bu istikamette yönlendirilmelidir diye düşünmekteyiz.

Çıkar Çakışması ve Finansman Beyanı

Bu çalışmada çıkar çakışması ve finansman destek alındığı beyan edilmemiştir.

Kaynaklar

1. Dede FS, Dilbaz B, Sahin D, Dilbaz S. Vesical calculusformation around a migrated copper-T 380-A. Eur JContracept Reprod Health Care 2006;11:50-2.
2. Harrison-Woolrych M, Ashton J, Coulter D.Uterineperforation on intrauterine device insertion: is the incidence higher thanpreviously reported? Contraception 2003;67:53-6.
3. Ozçelik B, Serin IS, Basbug M, Aygen E, Ekmekçioglu O. Differential diagnosis of intra-uterine device migrating to bladder using radiographic imageof calculus formation and review of literature. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2003;108:94–6.
4. Hoşcan MB, Koşar A, Gümüştaş U, Güney M. Intravesical migration of intrauterine device resulting in pregnancy. Int J Urol 2006;13:301–2.
5. Güvel S, Tekin MI, Kilinç F, Peskircioglu L, Ozkardeş H. Bladder stones around a migrated and missed intrauterine contraceptive device. Int J Urol 2001; 8:78–9.
6. Markovitch O, Klein Z, Gidoni Y, Holzinger M, Beyth Y. Extrauterine mislocated IUD: is surgical removal mandatory? Contraception 2002;66:105–8.
7.Phupong V, Sueblinvong T, Pruksananonda K, Taneepanichskul S,Triratanachat S. Uterine perforation with Lippes loop intrauterine device-associated actinomycosis: a case report and review of the literature. Contraception 2000;61:347–50.
8. Atakan H, Kaplan M, Erturk E. Intravesical migration ofintrauterine device resulting in stone formation. Urology 2002;60:911.
9. Kassab B, Audra P. The migrating intrauterine device.Case report and review of the 165 cases. Concept fertil Sex 1999;27:696-700.
10. Singh I. Intravesical Cu-T emigration: an atypical and infrequent cause of vesical calculus. Int Urol Nephrol 2007;39(2):457-9.
11. Tosun M, Celik H, Yavuz E, Cetinkaya MB. Intravesical migration of an intrauterine device detected in a pregnant woman. Can Urol Assoc J 2010;4(5):141-3.
12. Zakin D. Perforation of the Bladder by the Intrauterine Device. Obstetrical Gynecolo Surv 1984;39(2):59-66.
13. Kiilholma P, Makinene J, Vuori J. Bladder perforation: uncommon complications with a misplaced IUD. Contraception 1989;5(1);47-9.
14. Rafique M, Rauf N, Khan A, Haque TU. An unusual cause of vesical stone: a migrant intrauterine device. Health Care 2003;8:170-2.
15. Ozgür A, Sişmanoğlu A, Yazici C, Coşar E, Tezen D, Ilker Y. Intravesical stone formation on intrauterine contraceptive device. Int Urol Nephrol 2004;36:345–8.
16. Hick EJ, Hernández J, Yordán R, Morey AF, Avilés R, García CR. Bladder calculus resulting from the migration of an intrauterine contraceptive device. J Urol 2004;172:1903.
17. Maskey CP, Rahman M, Sigdar TK, Johnsen R. Vesicalcalculus around an intrauterine contraceptive device. Br J Urol 1997;79: 654-5.

How to cite this article:
Cavıldak İK, Nalbant İ, Öztürk U, Tuygun C, Göksel Göktuğ H.N. Intrauterin Device Migration to the Bladder and Endoscopic Treatment; Case Report. J Clin Anal Med 2014;5(suppl 4): 496-8.