

Przemieszczenia wkładek wewnątrzmacicznych poza jamę macicy

Extrauterine mislocated IUD

Gardyszewska Agnieszka, Niewiadomska-Kowalczyk Małgorzata, Szymańska Beata, Roszkowski Piotr, Czajkowski Krzysztof

II Katedra i Klinika Ginekologii i Płodnictwa, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Streszczenie

Stosowanie wkładek wewnątrzmacicznych (IUD) jest bezpieczną, skuteczną i powszechną metodą antykoncepcji stosowaną na całym świecie. Najczęstszymi powikłaniami związanymi z założeniem wkładki są obfite krwawienia, bolesne skurcze macicy, wydalenie wkładki, perforacja mięśnia macicy, niepłodność będąca konsekwencją zmian zapalnych w miednicy mniejszej oraz poronienie w przypadku zaistniałej ciąży.

Najpoważniejszym powikłaniem jest perforacja mięśnia macicy. Powikłanie to występuje w 0,5-1/1000 przypadków. Konsekwencją perforacji jest przemieszczenie wkładki do miednicy mniejszej lub jamy brzusznej. W latach 2000-2008 do naszej Kliniki trafiło 5 pacjentek z wkładką zlokalizowaną poza jamę macicy. We wszystkich przypadkach wykonano laparoskopię celem usunięcia wkładki, w jednym przypadku konieczna była konwersja do laparotomii. Trzy z opisywanych pacjentek były w trakcie laktacji. Średni czas od aplikacji wkładki do rozpoznania przemieszczenia wynosił 19,2 miesiąca.

Pierwszym niepokojącym objawem jest niewidoczność nitki podczas badania ginekologicznego. Do ostatecznego potwierdzenia rozpoznania niezbędne jest wykonanie badania USG przezpochwowego oraz zdjęcia przeglądowego jamy brzusznej RTG. Przemieszczona wkładka w przeważającej większości przypadków powinna być usunięta. Optymalnym postępowaniem jest usunięcie wkładki drogą laparoskopii. Wkładka wewnątrzmaciczna jest skuteczną i bezpieczną metodą antykoncepcji jednak jej aplikacja może wiązać się z poważnymi powikłaniami.

Słowa kluczowe: **wkładka wewnątrzmaciczna / perforacja / laparoscopia /**

Abstract

Intrauterine contraceptive device (IUD) is a safe and effective method of contraception, widely used all over the world. The most common IUD complications include heavy bleeding, painful cramps, expulsion, complete or partial uterine perforation, infertility caused by pelvic inflammatory disease (PID), and an increased risk for septic and spontaneous abortion in cases of pregnancy with an IUD in situ.

A potentially serious complication is the perforation of the uterus, with reported incidence of 0,5-1/1000 insertions. After perforation, devices have been found in various locations in the pelvis and abdomen. Between 2000 and 2008 there were five cases with mislocated intrauterine devices in our clinic. All patients were operated by laparoscopy and there was one conversion into laparotomy. Three patients were breast-feeding at the time. An average time between insertion and recognizing expulsion was 19,2 months.

Adres do korespondencji:

Agnieszka Gardyszewska
II Katedra i Klinika Ginekologii i Płodnictwa WUM
ul. Karowa 2, 00-315 Warszawa
tel.: 22 8287925
e-mail: agnieszka_gardyszewska@interia.pl

Otrzymano: 15.01.2009
Zaakceptowano do druku: 30.10.2009

Gardyszewska A, et al.

Missing strings during gynaecologic examination are the first sign of an expulsion. Transvaginal sonography, combined with abdominal X-ray, is necessary to reach a definitive diagnosis. Laparoscopic treatment may be appropriate in most cases. IUD is a safe and effective method of contraceptive but its insertion may be connected with serious complications.

Key words: **intrauterine device / perforation / laparoscopy /**

Wstęp

Stosowanie wkładek wewnątrzmacicznych (IUD) jest rozpowszechnioną metodą antykoncepcyjną. Ten rodzaj metod zapobiegania ciąży jest ekonomiczny, bezpieczny, efektywny i odwracalny. Do szerokiego użycia zostały wprowadzone w późnych latach sześćdziesiątych dwudziestego wieku. Obecnie na świecie IUD stosuje około 100 milionów kobiet, z czego połowa w Chinach [1, 2, 3].

Jednymi z groźniejszych powikłań tej metody antykoncepcji są: obfite i nieregularne krwawienia miesięczne, wydalenia wkładki, częściowe lub całkowite uszkodzenia mięśnia macicy, a także niepłodność jako następstwo zapalenia miednicy mniejszej (PID). Zwiększone ryzyko zapalenia miednicy mniejszej występuje tylko do 20 dni po założeniu IUD [4]. Jednym z opisywanych powikłań, zwłaszcza przy przebywaniu wkładki w jamie macicy powyżej czasu zalecanego przez producenta, są nieregularne krwawienia z dróg rodnych i zmiany zapalne endometrium [5].

Opisywane są także przypadki ciąży wewnątrzmacicznych współistniejących z IUD. Częściej występuje wtedy poronienie samoistne lub septyczne. Szansa samoistnego lub septycznego poronienia związanego z pozostawieniem wkładki w macicy w przypadku ciąży wewnątrzmacicznej waha się od 40 do 50%, a w przypadku jej usunięcia wynosi 20% [4].

Najpoważniejszym działaniem niepożądanym opisywanym w literaturze fachowej jest wydalenie wkładki do jamy otrzewnowej, co możliwe jest bezpośrednio w trakcie jej zakładania, lecz także kilka lat później. Pierwszym objawem, który może zaniepokoić lekarza jest niemożność uwidocznienia nitki w kanale szyjki macicy w trakcie kontroli ginekologicznej. Może to świadczyć o wydaleniu wkładki samoistnie przez kanał szyjki, (co może zostać niezauważone przez pacjentkę), ale także o perforacji mięśnia macicy i przedostaniu się IUD do jamy otrzewnowej lub nawet jej pozaotrzewnowym umiejscowieniu [6].

Powikłanie w postaci wydalenia wkładki do jamy otrzewnowej występuje przeciętnie od 0-1,3 na 1000 aplikacji, ale w piśmiennictwie podawana jest także częstość występowania 0,05-13/1000 zabiegów [3, 7].

Przy podejrzeniu przemieszczenia IUD poza jamę macicy, należy wykonać badanie ultrasonograficzne narządu rodowego lub jamy brzusznej, RTG jamy brzusznej (zdjęcie przód-tył i boczne) i ewentualnie tomografię komputerową.

W latach 2000-2008 do II Katedry i Kliniki Ginekologii i Położnictwa w Warszawie trafiło pięć pacjentek z wkładką zlokalizowaną poza jamę macicy.

Przypadki kliniczne

Przypadek pierwszy

27 letnia pacjentka zgłosiła się do szpitala z powodu silnych bólów w dole brzucha. W wywiadzie: 2x poród siłami natury (PSN), 7 miesięcy po ostatnim porodzie założono IUD typu Cooper T. Pacjentka była wówczas w trakcie laktacji.

Następnego dnia po zabiegu wystąpiły dreszcze, bóle w dole brzucha promieniujące do prawego pośladka, omdlenie.

W badaniu USG wykonanym w szpitalu nie stwierdzono wkładki w jamie macicy. Wykonano histeroskopię, następnie laparoskopię. Znalaziono wkładkę umiejscowioną koło strzępek prawego jajowodu. W dniu macicy stwierdzono 3 niekrwawiące miejsca perforacji. Usunięto wkładkę bez powikłań. Pacjentkę wypisano do domu w drugiej dobie w stanie dobrym.

Przypadek drugi

29 letnia pacjentka zgłosiła się do lekarza prowadzącego na rutynową kontrolę ginekologiczną.

6 tygodni po porodzie siłami natury założono wkładkę Cooper T. W czasie założenia pacjentka była w trakcie laktacji. Na rutynowej kontroli 2 miesiące po założeniu nie uwidoczniło nitki wkładki. Pacjentkę skierowano do szpitala. W badaniu USG stwierdzono IUD umiejscowioną w przymaciczu prawym. Wykonano laparoskopię. Usunięto wkładkę po uwidocznieniu jej w konglomeracie zrostu jelita ze ścianą macicy i jajowodem prawym. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Wypis w drugiej dobie w stanie ogólnym dobrym.

Przypadek trzeci

24 letnia pacjentka zgłosiła się do lekarza prowadzącego na rutynową kontrolę ginekologiczną. Pół roku wcześniej, 14 tygodni po uprzednio wykonanym cięciu cesarskim założono wkładkę Cooper T. W momencie zabiegu pacjentka w trakcie laktacji. W czasie badania ginekologicznego nie stwierdzono nitki. Wykonano badanie USG narządu rodowego i uwidoczniło IUD blisko lewego jajnika poza jamę macicy. W czasie zbierania wywiadu ginekologicznego pacjentka podawała silne bóle w dole brzucha przez 2 tygodnie po założeniu wkładki, ale nie zgłosiła się do lekarza.

Wykonano dodatkowo RTG jamy brzusznej, które potwierdziło rozpoznanie. W trakcie laparoskopii uwidoczniło wkładkę w więzadle szerokim macicy blisko dystalnego końca jajnika. Nie uwidoczniło miejsca perforacji macicy. IUD usunięto bez problemów. Pacjentkę wypisano do domu po 24 godzinach w stanie ogólnym dobrym.

Przemieszczenia wkładek wewnątrzmacicznych poza jamę macicy.

Przypadek czwarty

36 letnia pacjentka zgłosiła się do lekarza prowadzącego z powodu nieregularnych plamień z dróg rodnych. Pacjentka 3 razy rodziła: odbyła 2 porody siłami natury, 1 raz wykonano cięcie cesarskie. 28 miesięcy przed wystąpieniem dolegliwości założono wkładkę typu Mirena, rok po porodzie. Kontrolne USG po 12 miesiącach wykazało prawidłowo usadowioną wkładkę w jamie macicy.

W trakcie wykonywania badań diagnostycznych z powodu nieregularnych krwawień, nie uwidoczniiono nitek w kanale szyjki macicy, w badaniu USG jama macicy była pusta, nie zobrazowano wkładki także w obrębie narządu rodneho. RTG jamy brzusznej uwidocznił IUD poza miednicą mniejszą w śródbrzuchu po stronie lewej.

W trakcie laparoskopii nie znaleziono wkładki, wykonano konwersję do laparotomii, uwidoczniiono IUD wrośniętą w sieć większą. Usunięta została ona w całości wraz z fragmentem sieci. Nie uwidoczniiono miejsca perforacji mięśnia macicy. Wypisano pacjentkę w czwartej dobie w stanie ogólnym dobrym.

Przypadek piąty

34 letnia pacjentka zgłosiła się do chirurga z powodu bólów brzucha z podejrzeniem zapalenia wyrostka robaczkowego. Wykonano RTG jamy brzusznej, stwierdzono IUD w miednicy mniejszej. 5 lat wcześniej, 9 lat po drugim porodzie siłami natury, założono IUD typu Mirena. Miesiąc po aplikacji pacjentka zaszła w ciążę wewnątrzmaciczną, a IUD rzekomo usunięto, następnie wyłyżeczkowano jamę macicy. Pacjentka od momentu założenia wkładki zgłaszała bóle w dole brzucha. W wielokrotnie wykonanym badaniu USG nigdy nie uwidoczniiono struktur jej przypominających. W naszym szpitalu wykonano laparoskopię, usunięto Mirenę umiejscowioną w tylnej ścianie trzonu macicy. Wypisano pacjentkę w 3 dobie w stanie ogólnym dobrym.

Dyskusja

Perforacja macicy jest poważnym, ale na szczęście bardzo rzadko występującym powikłaniem po założeniu wkładki wewnątrzmacicznej. W przeprowadzonej analizie wykonanej na licznych grupach pacjentek częstość tego powikłania wynosi 0-1,3 na 1000 aplikacji, natomiast w przypadku wkładki uwalniającej lewonorgestrel (typu Mirena) częstość ta jest większa i wynosi co najmniej 2,6 na 1000 [1, 3]. Większość uszkodzeń mięśnia macicy nie jest rozpoznawanych w trakcie zabiegu [1, 4, 8, 9].

Według nielicznych autorów rozpoznanie tego powikłania możliwe jest już w trakcie zabiegu. Wśród opisywanych pacjentek u jednej perforacja była rozpoznana w drugim dniu po założeniu IUD, u pozostałych co najmniej 0,5 roku po aplikacji, najdłuższy okres wynosił 5 lat.

Do przerwania ciągłości mięśnia macicy może dojść sondą, prowadnicą lub samą wkładką [3]. Uszkodzenie *myometrium* może być całkowite lub częściowe [9]. W przypadku jatrogennego niepełnego naruszenia ciągłości możliwe jest, że wkładka pod wpływem skurczów macicy migruje do otaczających struktur wiele miesięcy później [3]. Najczęściej umiejscawia się w jamie otrzewnowej, sieci, jelicie cienkim, grubym, wyrostku robaczkowym i pęcherzu moczowym, a nawet pozaotrzewnowo [1, 6, 9]. U opisywanych pacjentek najczęstszym miejscem nieprawidłowego położenia była okolica więzadła szerokiego macicy.

Mirenę najczęściej można znaleźć w sieci, ponieważ uwalniany lewonorgestrel powoduje reakcję chemotaktyczną, co pozwala na przesuwanie się wkładki w wyższe partie jamy brzusznej [10]. Poziom tego hormonu w surowicy krwi u kobiet z wkładką poza jamą macicy 10-krotnie przewyższa poziom z IUD prawidłowo usadowioną i jest porównywalny z tym, jaki mierzymy w trakcie stosowania pigulek antykoncepcyjnych zawierających 0,15mg lewonorgestrelu i 0,03mg etynyloestradiolu (Microgynon) [1]. Może on skutecznie hamować owulację, w przypadku ciąży Mirena powinna być natychmiast usunięta. Wkładki zawierające jony miedzi lub srebra można usunąć po odbytym porodzie [11].

Czynnikami ryzyka perforacji mięśnia macicy może być: nieprawidłowa technika zakładania, anomalie w budowie narządu rodneho pacjentki oraz rodzaj wkładki [3]. Lekarze mający mniejsze doświadczenie zawodowe w aplikacji wkładek mają większy odsetek powikłań, aczkolwiek bardzo doświadczeni także ponoszą to ryzyko, gdyż związane jest ono z technicznie trudniejszymi przypadkami [4]. Znaczenie ma także technika zakładania wkładek, więcej powikłań występuje przy wkładkach wypychanych z prowadnicy do jamy macicy [3].

Przez lata wkładka Cooper T była złotym standardem dla kobiet karmiących z powodu braku wpływu na skład mleka [12]. Zakładanie wkładek w czasie trwania laktacji po porodach jest stosunkowo niebolesne, a tłumaczone to jest podwyższonym poziomem β -endorfin [1, 3, 12]. U pacjentek tych występuje obniżony poziom estrogenów, macica jest inwolucyjna, czynniki te wiążą się z dużym ryzykiem perforacji. Trzy z opisywanych przez nas pacjentek były w trakcie laktacji.

W piśmiennictwie nie występują różnice dotyczące częstości perforacji mięśnia macicy wynikające z wywiadu położniczego, dochodzi do nich zarówno u wieloródek rodzących drogami natury lub mających wykonane uprzednio cięcie cesarskie, ale także u pierworódek [1].

Wkładkę można zakładać już bezpośrednio po porodzie lub 6 tygodni po nim, ale także w trakcie wykonywanego cięcia cesarskiego oraz po wyłyżeczkowaniu jamy macicy z powodu poronienia w I trymestrze ciąży. Producent wkładki typu Mirena zaleca jej zakładanie dopiero 8 tygodni po porodzie [3]. Jeżeli wkładka zakładana jest bezpośrednio po porodzie należy uprzedzić pacjentkę, że odsetek wydażeń w ciągu pół roku wynosi 7-15 na 100 aplikacji [2]. Jednak odsetek ciąż jest podobny jak u pacjentek po ukończonym porożu, ponieważ są one poinformowane o dużym ryzyku wydalenia wkładki i dokonują wnikliwej samo-kontroli. 90-95% kobiet jest w stanie samodzielnie stwierdzić wydalenie IUD [2, 13].

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) każda wkładka zlokalizowana poza jamą macicy powinna być usunięta jak najszybciej po postawionej diagnozie, nawet u kobiet nie zgłaszających dolegliwości. Nieliczni autorzy uważają, że w przypadku niekorzystnych lokalizacji pozostawienie wkładki jest bezpieczniejsze niż jej usunięcie (10).

U każdej pacjentki z założoną wkładką wewnątrzmaciczną zaleca się kontrolę ginekologiczną 6 tygodni po zabiegu najlepiej w połączeniu z badaniem USG przezpochwowym. Powinno się je wykonać bezpośrednio po aplikacji, szczególnie jeżeli była ona bardzo bolesna lub przebiegała z trudnościami [3, 14]. Jeżeli wkładka zakładana jest bezpośrednio po porodzie, to kontrola zalecana jest 4 tygodnie po zabiegu [2].

Wkładki wewnątrzmaciczne są metodą antykoncepcyjną skuteczną, efektywną, ekonomiczną i u pacjentek z pewnymi schorzeniami ogólnoustrojowymi najbezpieczniejszą z wyboru. Musimy pamiętać jednak, że jest to metoda obciążona pewną dozą powikłań, o czym nie powinniśmy zapominać w naszej codziennej praktyce lekarskiej.

Wnioski

1. Stosowanie wkładek wewnątrzmacicznych jest bardzo tania, odwracalna i wygodną metodą antykoncepcyjną, ale obciążona pewną dozą powikłań, a do najgroźniejszych należy perforacja mięśnia macicy.
2. Wczesne rozpoznanie przemieszczenia wkładki poza obręb jamy macicy i jak najszybsze oraz jak najmniej urazowe jej usunięcie może zapobiec poważnym i groźnym dla życia pacjentek powikłaniom.

Piśmiennictwo

1. Hama M, Hama M, Kafali H, [et al.]. Diagnostic Methods and Management of Mislocated Intrauterine Devices. *T Klin J Gynecol Obst.* 2003, 13, 305-308.
2. Ozgun M, Batucan C, Serin I, [et al.]. Surgical management of intra-abdominal mislocated intrauterine devices. *Contraception.* 2007, 75, 96-100.
3. Van Houdenhoven K, Van Kaam K, van Grootheest A, [et al.]. Uterine perforation in women using a levonorgestrel-releasing intrauterine system. *Contraception.* 2006, 73, 257-260.
4. Hasanain F. The misplaced IUD. *Int J Gynaecol Obstet.* 2002, 78, 251-252.
5. Pijesa I, Jovic N, Avramovic L, [et al.]. IUD and endometrial carcinoma-our experience. *12th Biennial Meeting International Gynecologic Cancer Society - IGCS.* 2008, October 25-28.
6. Roy K, Banerjee N, Sinha A. Laparoscopic removal of translocated retroperitoneal IUD. *Int J Gynaecol Obstet.* 2000, 71, 241-243.
7. Grimaldi L, De Giorgio F, Andreotta P, [et al.]. Medicolegal aspects of an unusual uterine perforation with multiload-Cu 375R. *Am J Forensic Med Pathol.* 2005, 26, 365-366.
8. Harrison-Woolrych M, Ashton J, Coulter D, [et al.]. Uterine perforation on intrauterine device insertion: is the incidence higher than previously reported? *Contraception.* 2003, 67, 53-56.
9. Markovitch O, Klein Z, Gidoni Y, [et al.]. Extruterine mislocated IUD: is surgical removal mandatory? *Contraception.* 2002, 65, 105-108.
10. Nitke S, Rabinerson D, Dekel A, [et al.]. Lost levonorgestrel IUD: diagnosis and therapy. *Contraception.* 2004, 66, 289-293.
11. Haimov-Kochman R, Amsalem H, Adoni A, [et al.]. Management of perforated levonorgestrel-medicated intrauterine device-a pharmacokinetic study: Case report. *Hum. Reprod.* 2003, 18, 1231-1233.
12. Andersson K, Ryde-Blomqvist E, Lindell K, [et al.]. Perforations with Intrauterine Devices. Report from a Swedish survey. *Contraception.* 1998, 57, 251-255.
13. Ogburn T, Espey E. Argumenty uzasadniające stosowanie wkładek wewnątrzmacicznych w celu antykoncepcji. *Ginekologia po Dyplomie.* 2008, 10, 64-68.
14. Nowakowski B, Paczkowska A, Friebe Z, [i wsp.]. Przypadek translokacji IUD do jamy otrzewnowej-postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne. *Ginekol Pol.* 1997, 68, 394-396.

I KOMUNIKAT

SEKCJA GINEKOLOGII DZIECIĘCEJ I DZIEWCZĘCEJ PTG

oraz

SEKCJA ENDOKRYNOLOGII GINEKOLOGICZNEJ PTG

z a p r a s z a j ą n a

SYMPOZJUM NAUKOWO-SZKOLENIOWE

„Aktualne problemy w ginekologii wieku rozwojowego”

16-17 kwietnia 2010 roku w Wiśle

Tematyka Sympozjum:

- PMS/PMDD – problem rzadko zauważany, diagnozowany i leczony
- Przewlekły ból miednicy mniejszej w ginekologii dziecięcej i dziewczęcej
- Problemy ginekologiczne dziewcząt uprawiających aktywnie sport oraz dziewcząt niepełnosprawnych
- Skrining cytologiczny w ginekologii dziecięcej i dziewczęcej
- Rola szczepień w profilaktyce pierwotnej zakażeń wirusem HPV
- Zaburzenia okresu pokwitania u dziewcząt
- Zaburzenia miesiączkowania u młodocianych
- Edukacja seksualna w praktyce ginekologicznej
- Problem dziecka molestowanego seksualnie
- Zagrożenia prawne w ginekologii dziecięcej i dziewczęcej
- Otyłość wieku dziecięcego
- Cukrzyca i zaburzenia endokrynologiczne
- Problemy higieny osobistej wieku dojrzewania

W dniu 15 kwietnia 2010 odbędą się warsztaty:

- Problem dziecka molestowanego seksualnie
- Edukacja seksuologiczna
- Badanie USG w ginekologii dziecięcej i dziewczęcej

Adres Głównego Komitetu Organizacyjnego:

Katedra Zdrowia Kobiety
Śląski Uniwersytet Medyczny
40-752 Katowice, ul. Medyków 12
tel. (032) 20 88 629

adres e-mail: cor111@poczta.onet.pl
www.kzk.medforum.pl