

Wkładka wewnątrzmaciczna w wyrostku robaczkowym – opis przypadku

Intrauterine contraceptive device in an appendix – a case report

Kuś Ewa, Świerczewski Arkadiusz, Pasiński Jacek, Estemberg Dorota, Brzozowska Maria, Kowalska-Koprek Urszula, Berner-Trąbska Marlena, Karowicz-Bilińska Agata

Klinika Patologii Ciąży, I Katedra Ginekologii i Położnictwa,
Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Polska

Streszczenie

Zakładanie lub sama obecność wkładki wewnątrzmacicznej może spowodować przebicie ściany macicy i migrację wkładki do sąsiednich narządów np. pęcherza moczowego lub jelita.

Głównymi objawami tego powikłania są: bolesność towarzysząca zakładaniu wkładki oraz „zniknięcie” nitki z ujścia zewnętrznego szyjki macicy. Podstawą diagnostyki jest ultrasonografia i RTG jamy brzusznej. Postępowaniem z wyboru jest usunięcie wkładki.

Celem pracy jest przedstawienie przypadku 34-letniej ciężarnej z wkładką wewnątrzmaciczną stwierdzoną w czasie cięcia cesarskiego.

Słowa kluczowe: **wkładka wewnątrzmaciczna / perforacja jelita /
/ wyrostek robaczkowy /**

Abstract

The application of an intrauterine contraceptive device can perforate the uterus and migrate to adjacent organs such as the bladder or small bowel.

The main symptoms are painful insertion of the intrauterine contraceptive device and missing IUD strings. The diagnosis of perforation and transuterine migration of the IUD is made on the basis of an ultrasound examination and an abdominal X-ray. The proper management in such case is immediate removal of the IUD.

The aim of this paper was to present a case of a 34-year-old woman with a copper IUD found during a caesarean section.

Key words: **intrauterine contraceptive device / intestine perforation / appendix /**

Adres do korespondencji:

Ewa Kuś
Klinika Patologii Ciąży I Katedra Ginekologii i Położnictwa UM w Łodzi
94-029 Łódź, ul. Wileńska 37, Polska
tel./fax: +42 680 47 25
e-mail: agakar@interia.pl

Otrzymano: 15.01.2011
Zaakceptowano do druku: 25.01.2012

Wstęp

Wkładka wewnątrzmaciczna (IUD – *intrauterine contraceptive device*) jest jedną z metod regulacji urodzin stosowaną głównie w krajach wysoko rozwiniętych. Swoją popularność zawdzięcza wygodzie stosowania i wysokiej skuteczności antykoncepcyjnej. Wśród najczęściej używanych spotyka się wkładki z jonami metali (głównie miedzi) lub z progestagenem (lewonorgestrel). Powikłania stosowania wkładek wewnątrzmacicznych zdarzają się dość rzadko i najczęściej są to zaburzenia czasu trwania i nasilenia krwawień miesięczkowych. Wyjątkowo może to być perforacja ściany macicy i przemieszczenie wkładki do jamy otrzewnej, okolicznych narządów (pęcherza moczowego, jelita cienkiego, okrężnicy, odbytnicy, wyrostka robaczkowego) oraz sieci większej [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7].

Do przebicia macicy dochodzi najczęściej w trakcie zakładania wkładki. Częstość tego powikłania określa się na 1/350 do 1/2500 założonych wkładek. Stwierdzono, że do perforacji łatwiej dochodzi, gdy wkładka jest zakładana w okresie involucji macicy i laktacji (głównie w czasie pierwszych 6 miesięcy po porodzie) [6, 8]. O niewłaściwej lokalizacji wkładki wewnątrzmacicznej świadczą mogą takie objawy, jak: „zniknięcie” nitek wkładki z ujścia zewnętrznego szyjki macicy (najczęstszy objaw), nieregularne krwawienia miesięczne, wtórny brak miesiączki, przewlekłe bóle kurczowe lub pobolewania w podbrzuszu, „niespodziewana” ciąża [8, 9, 10, 11].

Bolesność podbrzusza towarzysząca zakładaniu wkładki oraz „zniknięcie” nitek powinny skłonić lekarza do weryfikacji obecności i właściwego położenia wkładki wewnątrzmacicznej. W przypadku podejrzenia perforacji ściany macicy i ewentualnej migracji wkładki, podstawową metodą diagnostyki jest ultrasonografia, rzadziej zdjęcie RTG jamy brzusznej lub histerosalpingografia. Niekiedy potwierdzenie wcześniejszego rozpoznania można uzyskać dopiero w trakcie diagnostyczno-terapeutycznej laparoskopii lub laparotomii. Bywa i tak, że wkładkę w obrębie jamy brzusznej stwierdza się przypadkowo w trakcie zabiegu operacyjnego wykonywanego z innego powodu np. przy wyluszczeniu torbieli jajnika [6, 7, 12, 13, 14, 15].

Zasadniczym sposobem postępowania jest usunięcie wkładki z odpowiednim do zastanej sytuacji klinicznej zabiegiem operacyjnym np. resekcja jelita z odtworzeniem ciągłości przewodu pokarmowego. Usunięcie wkładki jest konieczne z powodu ryzyka rozwoju stanu zapalnego tkanek w sąsiedztwie przemieszczonej wkładki, powstania niedrożności przewodu pokarmowego lub dalszej migracji wkładki do innych narządów [9, 10, 12, 13, 16].

Celem pracy jest przedstawienie przypadku kobiety ciężarnej rozwiązanej drogą planowego cięcia cesarskiego, w czasie którego stwierdzono obecność wkładki wewnątrzmacicznej w wyrostku robaczkowym.

Opis przypadku

W dniu 31 maja 2010 roku do Kliniki Patologii Ciąży Uniwersytetu Medycznego w Łodzi została przyjęta 34-letnia ciężarna w 38 tygodniu ciąży (Ciąża II, Poród II) celem jej ukończenia drogą cięcia cesarskiego z powodu miednicowego położenia płodu. W wywiadzie położniczo-ginekologicznym – cięcie cesarskie w 2001 roku, po którym po 6 miesiącach założono wkładkę wewnątrzmaciczną (bez ultrasonograficznej kontroli jej umiejscowienia).

Pacjentka w roku 2009 zgłosiła się do ginekologa celem usunięcia wkładki. Ponieważ lekarz nie stwierdził nitek wkładki w ujściu zewnętrznym szyjki macicy, wykonał badanie USG narządu rodniczego potwierdzające brak wkładki w jamie macicy. Przyjęto, że wkładka najprawdopodobniej została „wydalona” w czasie krwawienia miesięcznego. Wywiad internistyczny był nieistotny.

Stan zdrowia w czasie ciąży pacjentka określiła jako dobry. Nie chorowała i nie przyjmowała żadnych leków. Ostatnia miesiączka: od 6 do 11 września 2009 roku. Stan ogólny ciężarnej przy przyjęciu do szpitala był dobry. Nie zgłaszała żadnych dolegliwości. W wykonanych badaniach laboratoryjnych nie stwierdzono odchyień od wartości prawidłowych. Ciężarna została zakwalifikowana do ukończenia ciąży drogą planowego cięcia cesarskiego następnego dnia.

W dniu 1 czerwca 2010 roku w znieczuleniu przewodowym podpajęczynówkowym po przygotowaniu pola operacyjnego i wycięciu starej blizny otwarto jamę brzuszną cięciem poprzecznym nadłonowym. Mięsień macicy nacięto poprzecznie w dolnym odcinku. Nacięcie poszerzono na tępo i za miednicę wydobyto płód płci żeńskiej w stanie ogólnym dobrym, który po odśluzowaniu i odpepnieniu przekazano pediatrze. Podczas standardowej rewizji jamy otrzewnej stwierdzono wrosniętą w ścianę wyrostka robaczkowego ciało obce – wkładkę wewnątrzmaciczną. Wyrostek robaczkowy wraz z wkładką usunięto w sposób typowy i przekazano do badania histopatologicznego.

Okres pooperacyjny przebiegł bez powikłań. W 6 dobie pobytu szpitalnego pacjentkę wypisano do domu w stanie ogólnym dobrym.

Wynik badania histopatologicznego – wyrostek robaczkowy z wkładką wewnątrzmaciczną, w błonie mięśniowej i surowiczej ogniskowo przewlekłe zapalenie z ziarninowaniem, ropieniem i złogami włóknika.

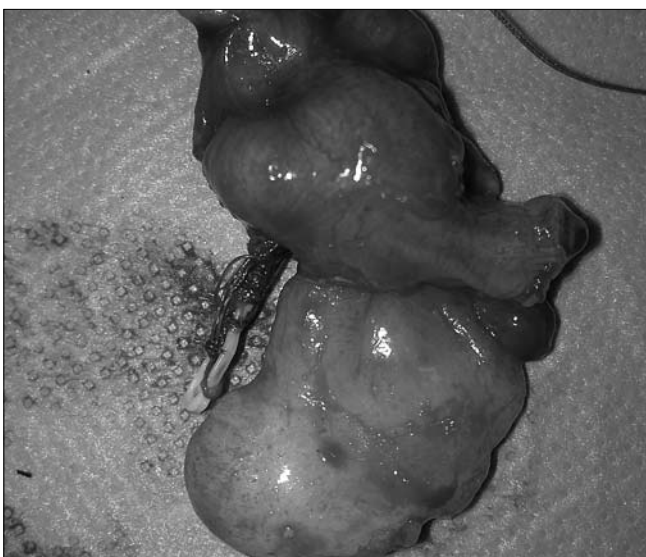
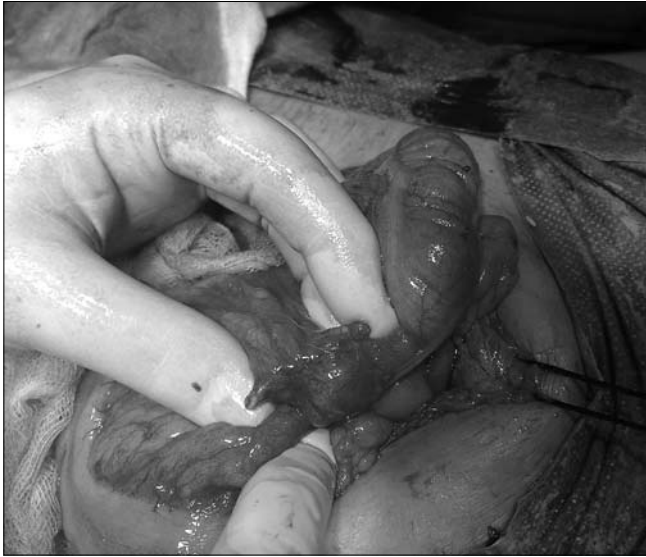
Dyskusja

Wkładka wewnątrzmaciczna jest jedną z głównych metod planowania rodziny. Charakteryzuje ją wysoka skuteczność, wygodność stosowania oraz stosunkowo rzadko występujące objawy uboczne i powikłania. Zdarzające się wyjątkowo przebicie ściany macicy i migracja wkładki do okolicznych narządów jamy brzusznej lub miednicy mniejszej mogą stanowić poważne zagrożenie dla zdrowia kobiety oraz być przyczyną niepowodzeń antykoncepcyjnych. Z tego powodu odpowiednio wczesne rozpoznanie tego powikłania ma kluczowe znaczenie [2, 3, 4, 5, 6, 7, 17].

U opisanego przypadku najprawdopodobniej doszło do perforacji ściany macicy w trakcie zakładania wkładki wewnątrzmacicznej, a następnie jej przemieszczenia do wyrostka robaczkowego. Niewłaściwa lokalizacja wkładki stała się przyczyną jej nieskuteczności antykoncepcyjnej, a przez to nieplanowanej ciąży. W wywiadzie dotyczącym okresu przed ciążą nie odnotowano u pacjentki żadnych niepokojących objawów opisywanych przez innych autorów, takich jak: nieregularne krwawienia, kurczowe bóle brzucha czy pobolewania w podbrzuszu [6, 8, 9, 10, 12, 13].

Chociaż diagnostyka obrazowa jamy brzusznej jest szeroko dostępna, to dość często rozpoznanie nieprawidłowego umiejscowienia wkładki stawiane jest przypadkowo w trakcie zabiegu operacyjnego w obrębie jamy brzusznej [4, 5, 6, 7, 11, 12].

Wkładka wewnątrzmaciczna w wyrostku robaczkowym – opis przypadku.



W przypadku opisywanej pacjentki obecność wkładki wewnątrzmacicznej w wyrostku robaczkowym stwierdzono w czasie planowego cięcia cesarskiego.

W piśmiennictwie zgodnie podkreśla się konieczność usunięcia niewłaściwie zlokalizowanej wkładki wewnątrzmacicznej z powodu ryzyka dalszych powikłań np. stanu zapalnego wokół ciała obcego czy też uszkodzeń innych narządów. Sposób usunięcia wkładki jest uzależniony od konkretnej sytuacji klinicznej. Jeżeli rozpoznanie zostanie postawione w trakcie laparoskopii, to zwykle podejmuje się próbę laparoskopowego usunięcia wkładki. W przypadku pozaoperacyjnego rozpoznania droga ewakuacji wkładki oraz zakres zabiegu pozostaje kwestią wyboru operatora po uwzględnieniu lokalizacji wkładki, możliwego dostępu w trakcie operacji, stanu okolicznych narządów, wieku pacjentki itp. [6, 7, 8, 12, 16, 18].

W przypadku opisywanej pacjentki bezpośrednio po przeprowadzonym cięciu cesarskim wycięto wyrostek robaczkowy wraz z wkładką wewnątrzmaciczną i przekazano do badania histopatologicznego, które potwierdziło obecność stanu zapalnego.

Chociaż opisana sytuacja nie zdarza się często, to jednak jej potencjalne następstwa dla kobiety mogą być poważne. Dlatego wielu autorów zaleca, by po założeniu wkładki wewnątrzmacicznej skontrolowano ultrasonograficznie właściwe jej położenie celem eliminacji możliwych następstw nieprawidłowej lokalizacji wkładki [6, 10, 14, 15].

Wnioski

Nieprawidłowa lokalizacja wkładki wewnątrzmacicznej poza jamą macicy może nie dawać żadnych objawów, a nieobecność nitki wkładki w ujściu zewnętrznym szyjki jest wskazaniem do wykonania badania ultrasonograficznego celem lokalizacji wkładki.

12. Tunçay Y, Tunçay E, Güzin K, [et al.]. Transuterine migration as a complication of intrauterine contraceptive devices: six case reports. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2004, 9, 194-200.
13. Chen C, Hsu T, 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.
14. Serra I. Appendicitis caused by an intrauterine contraceptive device. *Br J Surg*. 1986, 73, 927-928.
15. Gorsline J, Osborne N. Management of the missing intrauterine contraceptive device: report of a case. *Am J Obstet Gynecol*. 1985, 153, 228-229.
16. Sankari K, Patel S. Perforation of the uterus with Lippes loop. *J Obstet Gynaecol India*. 1969, 19, 764-765.
17. Folwarczny W, Szpak R, Bugala-Szpak J, [i wsp.]. Antykoncepcja awaryjna – świadomość młodych kobiet z terenu Górnego Śląska. *Ginekol Pol*. 2009, 80, 828-832.
18. Malinowski M, Pisarek-Miedzińska D. Niepołożnicze zabiegi operacyjne podczas ciąży. *Ginekol Pol*. 2009, 80, 523-527.

Piśmiennictwo

1. Dębski R. Antykoncepcja – metody zapobiegania niepożądaney ciąży. Część II. Medyczne (mianaturalne) metody zapobiegania niepożądaney ciąży. *Ginekol Pol*. 2007, 78, 834-841.
2. Gardyszewska A, Niewiadomska-Kowalczyk M, Szymańska B, [i wsp.]. Przemieszczenia wkładek wewnątrzmacicznych poza jamę macicy. *Ginekol Pol*. 2009, 80, 942-945.
3. Velázquez Velasco J, Vilchis Nava P, Nevarez Bernal R, Kably Ambe A. Uterine and jejunum perforation due to intrauterine device. A report of a case and literature review. *Ginecol Obstet Mex*. 2006, 74, 435-438.
4. Nceboz U, Ozçakir H, Uyar Y, Caglar H. Migration of an intrauterine contraceptive device to the sigmoid colon: a case report. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2003, 8, 229-232.
5. McWhinney N, Jarrett R. Uterine perforation by a Copper 7 intrauterine contraceptive device with subsequent penetration of the appendix. Case report. *Br J Obstet Gynaecol*. 1983, 90, 774-776.
6. Heinonen P, Merikari M, Paavonen J. Uterine perforation by copper intrauterine device. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1984, 17, 257-261.
7. Kassab B, Audra P. The migrating intrauterine device. Case report and review of the literature. *Contracept Fertil Sex*. 1999, 27, 696-700.
8. Ohana E, Sheiner E, Leron E, Mazor M. Appendix perforation by an intrauterine contraceptive device. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2000, 88, 129-131.
9. Chang T, Eden J. Intra-uterine device appendicitis. *J Obstet Gynaecol*. (Lahore). 1989, 9, 257-258.
10. McLaughlin D, Bevins W, Karas B, Sonnenberg L. IUD appendicitis during pregnancy. *West J Med*. 1988, 149, 601-602.
11. Goldman J, Peleg D, Feldberg D, [et al.]. IUD appendicitis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1983, 15, 181-183.