

Getnaðarvarnarlykkja utan leghols

• Sjúkratilfelli •

Guðrún Margrét Viðarsdóttir¹ læknir

Ásgeir Böðvarsson² læknir

† Helgi Kjartan Sigurðsson¹ læknir (1967-2023)

Páll Helgi Möller^{1,3} læknir

¹Kviðarholsskurðeild Landspítala, ²lyflækningadeild Heilbrigðisstofnunar Norðurlands, ³læknadeild Háskóla Íslands.

Fyrirspurnum svarar Guðrún Margrét Viðarsdóttir, guðrunmv@landspitali.is

Greinin barst til blaðsins 8. júní 2023,
samþykkt til birtingar 16. ágúst 2023.

Höfundar fengu leyfi sjúklingsins fyrir þessari umfjöllun og birtingu.

INNGANGUR

Fylgikvillar tengdir uppsetningu getnaðarvarnarlykkjunnar eru sjaldgæfir en geta verið alvarlegir og einn þeirra er rof á legi. Tíðni legrofs er um 1,1-1,4 af hverjum 1000 uppsetningum.¹ Þegar legrof verður getur hluti lykkjunnar eða hún öll flust úr legholinu yfir í nærliggjandi svæði. Þar getur lykkjan færst til í grindarholi eða kviðarholi og jafnvel farið inn í aðlæg líffæri eins og ristil með alvarlegum afleiðingum. Slíkt getur gerst í kjölfar áverka á legi við uppsetningu eða síðar, jafnvel einhverjum árum síðar, fyrir tilstilli vöðvasamdráttu í legi.²

Hér er lýst tilfelli þar sem getnaðarvarnarlykkja fannst rúmum tveimur áratugum eftir uppsetningu utan legs með rofi inn í bugðuristil (*colon sigmoideum*).

TILFELLI

Um er að ræða 43 ára konu sem leitaði til heilsugæslunnar vegna nokkurra daga sögu um kviðverki. Hún hafði ekki meðfylgjandi ógleði, uppköst, breytingu á hægðavenjum eða þvaglátum. Hún var almennt hraust, tók engin lyf og hafði ekki farið í fyrri skurðaðgerðir á kvið. Við komu var hún

ÁGRIP

Getnaðarvarnarlykkjan er örugg og algeng getnaðarvörn. Legrof og flakk lykkjunnar er sjaldgæfur fylgikvilli uppsetningar en getur verið alvarlegur og valdið skaða á aðliggjandi líffærum. Við lýsum tilfelli hjá 43 ára gamalli konu með langvinna kviðverki sem greindist með getnaðarvarnarlykkju í ristilvegg en sú lykkja hafði verið sett upp í leghol hennar 22 árum fyrr.

meðtekin af verkjum, hitalaus og lífsmörk eðlileg. Kviður var mjúkur, garna hljóð minnkuð og þreifieymsli í hægri efri fjórðungi.

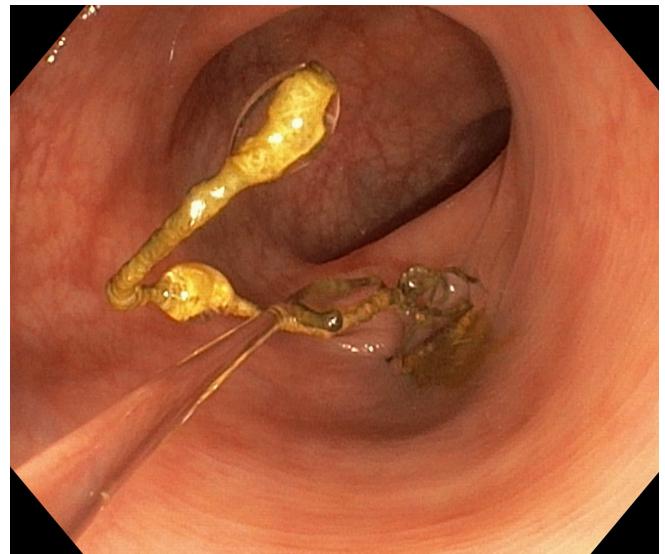
Konan var lögð inn til frekari uppvinnslu. Blóðhagur, lifrarprufur og CRP voru eðlileg. Yfirlitsmynd af kviðarholi sýndi talsvert af hægðum í ristli. Á röntgenmyndinni sáust einnig tvær getnaðarvarnarlykkjur í grindarholi (mynd 1). Við nánari sögutöku kom í ljós að 22 árum fyrr hafði hún fengið uppsetta koparlykkju sem síðar var talin hafa skilað sér út af sjálfu sér en ári eftir uppsetninguna hafði hún eignast barn. Konan minntist þess að mikill sársauki hafði fylgt uppsetningu koparlykkjunnar. Þá var hún einnig með hormónalykkju sem hafði verið til staðar í fimm ár.

Meðferðin var vökvagjöf og hægðalosandi lyf og var konan útskrifuð samdægurs við góða líðan. Tilvísun var send til kvensjúkdómalækna til að meta stöðuna á koparlykkjunni. Þeir töldu ólíklegt að hún væri að valda einkennum. Ákveðið var að bíða með nánari skoðun þar til kominn væri tími á að skipta um hormónalykkju eftir tvö ár.

Konan leitaði aftur á heilsugæsluna sex mánuðum síðar



Mynd 1. Yfirlitsmynd af kviðarholi þar sem sjá má tvær getnaðarvarnarlykkjur.

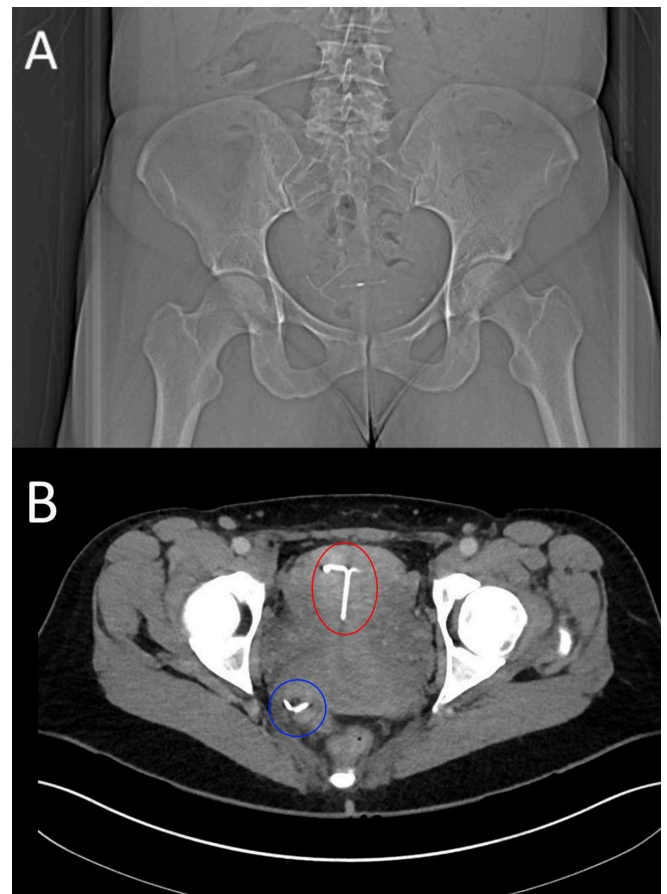


Mynd 2. Veggfastir þræðir í ristilspeglun.

vegna verkja um neðanverðan kvið. Blóðprufur sýndu meðal annars lækkað ferrítín, 8 $\mu\text{g/l}$ en hemóglóbín var eðlilegt, 136 g/l . Skoðun var gerð af kvensjúkdómalækni í framhaldinu. Kvenskoðun reyndist eðlileg, ómskoðun af innri kvenlíffærum sýndi hormónalykkju á réttum stað í legholi en ekki náðist að greina lykkju utan leghols. Vegna sögu um kviðverki og ferrítínlækkun var gerð ristilspeglun tveimur mánuðum síðar. Þar voru fjarlægðir tveir separ. Mælt var með ristilspeglun eftir þrjú ár til eftirlits. Við komu til heimilislæknis mánuði eftir ristilspeglunina reyndist konan vera viðvarandi lág í ferritíni þrátt fyrir inntöku járns og því var ákveðið að framkvæma magaspeglun. Hún sýndi sármyndandi bólgu í maga sem talin var skýra ferrítínlækkunina.

Við eftirlit þremur árum eftir fyrri ristilspeglunina sáust þræðir í vegg bugðuristils (mynd 2). Lítilsháttar ofvöxtur (*hyperplasia*) var í slímhúð umhverfis þræðina sem sátu fastir í ristilveggnum en ekki var hægt að sjá hvað héldi þeim föstum. Hér vöknudu grunsemdir um að þetta væri hluti koparlykkjunnar sem áður hafði verið lýst utan leghols og sem hefði þá grafið sig inn í ristilvegginn. Tekin var tölvusneiðmynd af grindarholi til nánara mats sem sýndi sem fyrr tvær lykkjur, aðra vel staðsetta í legholi en hina aftan til í grindarholi hægra megin. Sú lykkja sat þétt upp við bugðuristil (mynd 3). Lykkjan virtist sitja að mestu utan ristils en talið var að hér væri skýringin á veggföstu þræðunum sem sáust í spegluninni. Ekki sáust vökvæðing eða markverðar bólgubreytingar aðlægt lykkjunni. Í framhaldinu var send tilvísun á kviðarholsskurðlækna á Landspítala. Ákveðið var að stefna að aðgerð.

Fyrir aðgerðina leitaði konan tvisvar til læknis vegna kviðverkja sem ekki fannst önnur skýring á. Í undirbúningi fyrir aðgerð var gerð ristilspeglun til að blekmerkja staðsetningu lykkjunnar. Þegar kom að aðgerðinni voru liðin fimm ár frá því að staðsetning lykkjunnar utan leghols uppgötvaðist. Fyrirhugað var að framkvæma brottám á bugðuristli. Aðgerð var í byrjun framkvæmd í kviðsjá en við hana sást hvar koparlykkjan sat föst við og í bugðuristli sem lá niður í grindarhol.



Mynd 3. A) Yfirlitsmynd af grindarholi tekin fyrir tölvusneiðmynd, tvær getnaðarvarnarlykkjur sjást í grindarholi. B) Tölvusneiðmynd af grindarholi, ein getnaðarvarnarlykkja sést í legholi (rauður hringur) og önnur getnaðarvarnarlykkja sést utan leghols aftarlega í grindarholi (blár hringur).

Bugðuristill var losaður upp, en við það kom lítið gat í endaþarmshengi (*mesorectal fascia*). Framkvæmd var endaþarmspeglun (*rectoscopy*) og blásið inn lofti sem sýndi engan loftleka á endaþarmi. Lykkjan lá ofarlega í bugðuristli og við nánara mat var talið að ekki þyrfti að fjarlægja hann og ákveðið að gera í staðinn op á ristli (*colotomy*). Gerður var þverskurður ofan lífbeins (*Pfannenstiel*) þar sem bugðuristill var tekinn út. Lykkjan var fríuð að fullu og fjarlægð í heild sinni með áföstum þráðum. Saumað var yfir opið á bugðuristli og lögð netja (*omentum*) yfir aðgerðarsvæði.

Konan fékk sýklalyf í sólarhring eftir aðgerð og fylgdi flýttu bataskema fyrir skurðaðgerð á ristli. Hún útskrifaðist heim þremur dögum eftir aðgerð við góða líðan. Í eftirfylgdarsímtali þremur vikum síðar lét hún vel af sér.

Ristilspeglun til eftirfylgdar vegna sepa var framkvæmd tveimur árum síðar. Hafði konan þá verið laus við kviðverki frá aðgerð. Engin merki voru um örvef þar sem lykkjan hafði setið föst og reyndist ristilspeglunin eðlileg.

UMRÆÐA

Legrof í kjölfar uppsetningar getnaðarvarnarlykkju er sjaldgæfur fylgikvilli en getur verið alvarlegur. Í stórum hluta tilfella þar sem lykkja hefur farið í gegnum legvegginn eru sjúklingar einkennalausir, eða allt að 85% tilfella.^{3,4} Þá geta alvarlegir fylgikvillar eins og bráð garnastífla (*acute intestinal obstruction*), fistilmyndun, myndun graftarkýla (*abscess*) eða líf-himnubólga komið fram.³

Algengast er að legrof eigi sér stað við uppsetninguna á lykkju en það getur einnig átt sér stað síðar, jafnvel nokkrum árum eftir uppsetninguna.² Í okkar tilfelli er trúlegt að legrof hafi átt sér stað við uppsetningu lykkjunnar þar sem mikill sársauki fylgdi í kjölfar hennar.⁵ Það sem styrkir þá tilgátu er það að konan varð þunguð nokkrum mánuðum síðar.

Í umræddu tilfelli var lykkjan fjarlægð 27 árum eftir uppsetningu en hún uppgötvaðist fimm árum fyrr. Það er óvenjulegt að lykkjur uppgötvist utan leghols svo mörgum árum eftir uppsetningu. Ef tekið er mið af nokkrum sambærilegum tilfellum sem hafa verið birt, hefur meðaltíminn verið um 54 ± 68 mánuðir (spönn 0,5–216 mánuðir).^{3,4,6–10}

Heimildir

- Heinemann K, Reed S, Moehner S, et al. Risk of uterine perforation with levonorgestrel-releasing and copper intrauterine devices in the European Active Surveillance Study on Intrauterine Devices. *Contraception* 2015; 91: 274–9.
- Goldstuck N, Wildemeersch D. Role of uterine forces in intrauterine device embedment, perforation, and expulsion. *IJWH*. Published online August 2014: 735.
- Toumi O, Ammar H, Ghdira A, et al. Pelvic abscess complicating sigmoid colon perforation by migrating intrauterine device: A case report and review of the literature. *Int J Surg Case Rep* 2018; 42: 60–3.
- Almarhabi Y. Asymptomatic cecal perforation and ileocecal fistula after intrauterine device migration: a case report. *J Surg Case Rep* 2020; 4: rjaa015.
- Stuckey A, Dutreil P, Aspuru E, et al. Symptomatic Cecal Perforation by an Intrauterine Device With Appendectomy Removal. *Obstet Gynecol* 2005; 105: 1239–41.
- Lu S, Yao X, Shi J, et al. Is It a “Colon Perforation”? A Case Report and Review of the Literature. *Front Med* 2022; 9: 817029.
- Arslan A, Kanat-Pektas M, Yesilyurt H, et al. Colon penetration by a copper intrauterine device: a case report with literature review. *Arch Gynecol Obstet* 2009; 279: 395–7.
- Huh JM, Kim KS, Cho YS, et al. Colonoscopic Removal of an Intrauterine Device That Had Perforated the Rectosigmoid Colon. *Ann Coloproctol* 2018; 34: 106–8.
- Weerasekera A, Wijesinghe P, Nugaduwa N. Sigmoid colocolic fistula caused by intrauterine device migration: a case report. *J Med Case Reports* 2014; 8: 81.
- Tabatabaei F, Masoumzadeh M. Dislocated intrauterine devices: clinical presentations, diagnosis and management. *Eur J Contracept Reproduct Health Care* 2021; 26: 160–6.
- Sun X, Xue M, Deng X, et al. Clinical characteristic and intraoperative findings of uterine perforation patients in using of intrauterine devices (IUDs). *Gynecol Surg* 2018; 15: 3.
- WHO Scientific Group on the Mechanism of Action Safety and Efficacy of Intrauterine Devices & World Health Organization. Mechanism of Action, Safety and Efficacy of Intrauterine Devices: Report of a WHO Scientific Group [meeting held in Geneva from 1 to 4 December 1986]. World Health Organization 1987. apps.who.int/iris/handle/10665/38182 - júní 2023.
- Adiyeke MA, Sancı MS, Karaca İ, et al. Surgical management of intrauterine devices migrated towards intra-abdominal structures: 20-year experience of a tertiary center. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2015; 42: 358–60.

Algengustu líffærin sem koma við sögu þegar getnaðarvarnarlykkjur fara í gegnum legvegginn eru netjan og líffæri meltingarvegar.^{6,11} Í meltingarveginum er bugðuristill algengastur, eins og í okkar tilfelli en einnig hefur verið lýst tilfellum sem tengjast smágirni, endaþarmi, botnristli (*caecum*) og botnlanga.

Alþjóðaheilbrigðisstofnunin (World Health Organization, WHO) mælir með því að lykkjur sem hafa farið í gegnum legvegginn séu fjarlægðar vegna þess að af þeim getur stafað hættu og þær geta skaðað aðliggjandi líffæri.¹² Mælt er með aðgerðum sem hafa í för með sér sem minnstan áverka fyrir sjúklinginn. Kviðsjárspeglun er sú aðgerð sem mælt hefur verið með sem fyrsta meðferðarvali og þar hefur verið lýst góðum árangri.¹³ Í okkar tilfelli var framkvæmd kviðsjárspeglun en í stað þess að framkvæma hlutabrottnám á ristli eins og upphaflega var lagt upp með var ákveðið að fjarlægja lykkjuna með opnun á ristilvegg. Eins og fram hefur komið gekk aðgerðin og gangur eftir aðgerð fylgikvillalaust fyrir sig. Mikil bólga og/eða samvextir geta þó komið í veg fyrir að hægt sé að fjarlægja lykkju í gegnum kviðsjá og hefur í þeim tilvikum verið framkvæmd opin aðgerð. Einnig getur opin aðgerð verið fyrsta val ef alvarlegir fylgikvillar eru til staðar.³

Í þeim tilfellum þar sem lykkja hefur færst að fullu inn í hol (*lumen*) ristilsins getur verið mögulegt að fjarlægja hana í ristilspeglun.^{8,9} Ef hún er ekki hreyfanleg er hættu á að hún sitji föst í veggnum og ef reynt er að losa hana er hættu á að gat komi á ristilvegginn sem gæti kallað á skurðaðgerð. Tilfellum hefur verið lýst þar sem lykkja hefur flust aðlægt eða inn í botnlanga og valdið botnlangabólgu eða rofi á botnlanga. Í slíkum tilfellum er ráðlagt að fjarlægja botnlangann.¹⁰

Þetta tilfelli minnir á mikilvægi þess að taka ítarlega sjúkrasögu hjá sjúklingum þar sem atriði á borð við týnda lykkju 22 árum fyrr getur skipt höfuðmáli í uppvinnslu og greiningu á einkennum sjúklings. Það er mikilvægt að lækna séu meðvitaðir um möguleikann á tilfærslu lykkju úr legholi hjá sjúklingum og möguleikanum á alvarlegum fylgikvillum ef lykkja utan leghols er ekki fjarlægð.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/Ibl.2023.10.763

**Migration of an intrauterine contraceptive device outside of the uterine cavity
– a case report**Guðrún Margrét Viðarsdóttir¹Ásgeir Böðvarsson²† Helgi Kjartan Sigurðsson¹ (1967–2023)Páll Helgi Möller^{1,3}¹Department of General Surgery, Landspítali National University Hospital,²Department of Medicine, The Healthcare Institution of North Iceland,³Faculty of Medicine, University of Iceland.Correspondence: Guðrún Margrét Viðarsdóttir, gudrunmv@landspitali.is

Key words: intrauterine device, migration, laparoscopy, perforation, sigmoid colon.

Intrauterine devices (IUDs) are a safe and common form of contraception. Uterine rupture and migration of the IUD is a rare complication of insertion but can be serious and cause damage to adjacent organs. We present a case report of a 43 year old woman with chronic abdominal pain who was diagnosed with an IUD in the wall of the sigmoid colon. That IUD had been inserted in the uterine cavity 22 years earlier.

**Félag
íslenskra
heimilislækna****Vísinda- og þróunarstyrkir
Haustúthlutun 2023**

Vísindasjóður Félags íslenskra heimilislækna (FÍH) úthlutar styrkjum til vísinda- og þróunarverkefna á sviði heilsugæslu tvisvar á ári. Lögð er áhersla á að styrkja rannsóknir í heimilislækningum, um heimilislækningar og á forsendum heimilislækninganna sjálfra. Sjóðurinn veitir einnig sérstaka starfsstyrki til slíkrar vinnu.

Umsóknir um vorúthlutun fyrir styrkárið 2023 þurfa að berast sjóðnum fyrir **20. október** næstkomandi. Umsóknir sem berast eftir þann tíma verða ekki teknar til greina.

Umsóknum ber að skila rafrænt til Margrétar Aðalsteinsdóttur (margret@lis.is), hjá Læknafélagi Íslands, Hlíðasmára 8, 201 Kópavogi, ásamt rannsóknar- og fjárhagsáætlunum eða framgangsskýrslu ef um endurumsókn sama verkefnis er að ræða.

Umsóknareyðublað er að finna á innra neti heimasíðu Læknafélagsins, www.lis.is, á heimasvæði FÍH.

Starfsstyrkir geta verið allt frá 1 til 12 mánaða í senn. Upphæð starfsstyrks miðast við fasta upphæð sem svarar til dagvinnulauna styrkþega og er þá tekið mið af menntun og starfsaldri, þó aldrei hærrí en sem svarar

dagvinnulaunum yfirlæknis í heilsugæslu. Sé styrkþegi starfandi á heilbrigðisstofnun innan heilsugæslunnar leggur stjórn Vísindasjóðsins til að styrkurinn verði greiddur beint til þeirrar stofnunar. Á móti komi að forsvarsmenn stofnunarinnar sjái til þess að styrkþegi haldi áfram starfi sínu, óbreyttum launum og réttindum, en fái jafnframt tíma til að sinna rannsóknarstörfum á dagtíma. Sjóðurinn veitir að jafnaði starfsstyrki til verkefna sem krefjast minnst tveggja mánaða vinnu eða meir.

Við mat á umsóknum er lögð áhersla á að rannsóknarverkefnið sé á forsendum heilsugæslunnar. Sé um vísindaverkefni að ræða er einnig lögð áhersla á tengsl rannsakenda við heimilislæknisfræði Háskóla Íslands eða aðra akademíska háskólastofnun í heimilislækningum.

Nánari upplýsingar veitir
Emil L. Sigurðsson (emilsig@hi.is)

Stjórn Vísindasjóðs FÍH