



MIGRAREA INTRAPERITONEALĂ A DISPOZITIVULUI INTRAUTERIN COMPLICATĂ CU PERFORAȚIA COLONULUI SIGMOID. CAZ CLINIC

*Marian Pîrțu¹, Gheorghe Găină², Iurie Țugui³, Veaceslav Popa⁴,
Serghei Cumpătă⁵*

¹ Spitalul Clinic Municipal „Gheorghe Paladi”, Chișinău, Republica Moldova, medic chirurg, șef Secție Chirurgie Aseptică

² Spitalul Clinic Municipal „Gheorghe Paladi”, Chișinău, Republica Moldova, medic ginecolog, șef Secție Ginecologie Aseptică nr. 1

³ Spitalul Clinic Municipal „Gheorghe Paladi”, Chișinău, Republica Moldova, vicedirector medical

⁴ Spitalul Clinic Municipal „Gheorghe Paladi”, Chișinău, Republica Moldova, medic chirurg

⁵ USMF „Nicolae Testemițanu”, Catedra de Chirurgie Generală și Semiologie nr. 3, asistent universitar

Cuvinte-cheie: dispozitiv intrauterin, migrare intraabdominală, perforație de colon

Introducere

Prevenirea sarcinii nedorite prin utilizarea dispozitivelor intrauterine (DIU) reprezintă o metodă bine tolerată, accesibilă și eficientă în planificarea familială. Cu toate că inserția DIU-urilor este în general considerată simplă și sigură, este important să se sublinieze necesitatea supravegherii periodice și a înlocuirii acestora. Ignorarea acestor recomandări poate conduce la complicații severe, cele mai grave fiind perforația uterului și migrarea intraperitoneală a DIU-ului. Conform literaturii de specialitate, modificarea poziției DIU-ului după inserare și migrarea acestuia, cu lezarea structurilor anatomice adiacente, sunt considerate unele dintre complicațiile majore cu consecințe grave care pot conduce la peritonită generalizată, aderențe sau fibroză.

Caz clinic

Pacienta X, în vârstă de 39 de ani, a fost internată planificat în secția ginecologie aseptice nr. 1 cu diagnosticul de DIU amplasat extrauterin. Acuze: disconfort în regiunea hipogastrică. Istoricul bolii relevă că DIU-ul a fost inserat cu 2 ani în urmă în condiții de ambulatoriu, fără particularități în timpul procedurii. Ultrasonografia (USG) efectuată ulterior a indicat DIU dislocat în bazinul mic. Analizele de laborator au evidențiat un nivel crescut al neutrofilelor – $7,22 \times 10^3$ (în raport cu norma 1,78-5,38) și VSH de 36 mm/h. ECG-ul a arătat bradicardie sinusală, cu o FCC de 57 bătă/min și semne de hipertrofie ventriculară stângă. USG repetată a confirmat poziționarea incorectă a DIU-ului, invadarea în miometru 50% cu perforarea conturului uterin în regiunea fundică, spațiul Douglas liber. În timpul laparoscopiei curativ-diagnostice s-a constatat prezența unui proces aderențial moderat în bazinul mic – adezioliză; la mobilizarea sigmoidului de la fundul uterin, s-a depistat o branșă orizontală liberă a DIU-ului migrat, iar cealaltă branșă orizontală perfora lumenul colonului sigmoid (prin apendicele epiploice) printr-un orificiu de 0,5 cm; branșă

verticală se afla în orificiul de perforație la fundul uterin. Astfel, DIU-ul a fost extras din orificiul uterin cu diatermocoagularea defectului. Un medic chirurg a fost invitat pentru evaluarea conduitei chirurgicale. S-a decis efectuarea conversiei la laparotomie – au fost mobilizate marginile defectului de perforație al sigmoidului și apendicele epiploice adiacente; a fost efectuată rezecția marginilor defectului în colon cu suturarea defectului în două planuri; bazinul mic a fost drenat cu două tuburi de dren, iar procedura s-a încheiat cu laparorafie. Perioada postoperatorie a decurs fără complicații și fără particularități: alimentația enterală a fost reluată în a treia zi, tranzitul intestinal s-a restabilit în a cincea zi, drenurile au fost îndepărtate în prima săptămână, iar suturile au fost extrase în a zecea zi. La 12 zile după intervenția chirurgicală, pacienta a fost externată în stare satisfăcătoare.

Rezultate

Conform literaturii de specialitate, perforarea cu DIU poate fi primară sau secundară. Perforația primară apare în timpul inserției DIU-ului sub acțiunea unei forțe mecanice exagerate. Perforația secundară este cauzată de erodarea peretelui uterin, urmată de deplasarea DIU-ului. În funcție de gradul de penetrare, se disting două tipuri de perforare: parțială, fiind limitată la peretele uterin, și totală, când dispozitivul este localizat complet în cavitatea peritoneală. Aproximativ 15% dintre cazuri prezintă migrația DIU-ului în organele și spațiile anatomiche adiacente. S-a constatat că cel mai frecvent afectat este colonul sigmoid (așa cum s-a întâmplat și în cazul raportat), urmat de intestinul rect. Există, de asemenea, cazuri de deplasare a DIU-ului în regiunea cecului, a apendicelui, a intestinului subțire, a peretelui gastric sau chiar în flexura splenică a intestinului gros.

Migrarea DIU-ului are o incidență estimată între 0,2 și 3,6 cazuri la 1000 de inserții. Cu toate acestea, studiile din domeniu sugerează că incidența acestei patologii este subraportată în realitate. Factorii considerați responsabili pentru perforarea uterului de DIU, cu migrarea ulterioară a acestuia, ar include momentul inserării, abilitățile operatorului, tipul și particularitățile anatomiche ale uterului, atitudinea pacientei, caracteristicile dispozitivului, anamneza ginecologică agravată și presiunea abdominală crescută. În ultimii zece ani, în literatura de specialitate s-au identificat 47 de cazuri de migrare a DIU-ului în tractul gastrointestinal. Pentru identificarea DIU-ului sunt utilizate mai multe metode imagistice, printre care se numără examenul radiologic simplu al abdomenului, ecografia abdominală sau transvaginală, tomografia computerizată și endoscopia diagnostică, inclusiv colonoscopia, restosigmoidoscopia sau histeroscopia. Mai rar se recurge la gastroscopie, RMN sau laparoscopie diagnostică. Tehnicile minim invazive, cum ar fi colonoscopia și laparoscopia, sunt preferate pentru extracția DIU-ului (66,7% vs 33,3%). Tabloul clinic în DIU-ului migrat este divers, variind de la asimptomatic (aproximativ 80%) la cel de peritonită.

Tratamentul variază în funcție de prezența manifestărilor clinice. Conform unor autori, extragerea DIU-ului nu este obligatorie la pacientele asimptomatice, dar este necesară monitorizarea și intervenția chirurgicală la apariția complicațiilor. Această abordare este justificată prin faptul că orice intervenție chirurgicală este asociată cu un risc înalt de migrare secundară intraoperatorie, cu sau fără leziuni accidentale ale unor organe intraabdominale. Organizația Mondială a Sănătății recomandă îndepărtarea chirurgicală a DIU-ului pentru prevenirea complicațiilor severe. Abordarea tacticilor curative depinde de particularitățile cazului și necesită o echipă multidisciplinară pentru determinarea opțiunilor diagnostice și de îngrijire optime. Metodele de îndepărtare a DIU-ului care sunt luate în considerare includ extragerea colonoscopică și tratamentul chirurgical, fie pe cale deschisă, fie laparoscopică. Abordarea minim invazivă (laparoscopică sau endoscopică) s-a dovedit a fi eficientă și este recomandată ca metodă de primă intenție pentru îndepărtarea dispozitivelor migrate, fiind aplicată în 71,4% din cazuri. Rata de succes este estimată între 44 și 100%, cu o rată de conversie de până la 25%.

Concluzii

Indiferent de abordarea aleasă, în majoritatea cazurilor pentru rezolvarea defectului intestinal și uterin după îndepărtarea dispozitivului migrat se practică sutura primară pe intestine și cauterizarea cu bisturiul bipolar (pentru orificiul la nivelul uterului). În cazul în care sutura nu este posibilă pentru rezolvarea perforației, este necesară o intervenție chirurgicală de volum mare, cum ar fi rezecția segmentară a intestinului cu anastomoză primară. Localizările rare ale DIU-urilor migrate necesită abordare specială, precum rezecția gastrică sau apendicectomia.