

Usikker diagnostik med ultralydskanning ved fejlplaceret spiral

Anne Gisselmann Egekvist¹, Lars Høj² & Mads Riiskjær¹

KASUISTIK

1) Gynækologisk-obstetriske Afdeling Y, Aarhus Universitetshospital
2) Gynækologisk-obstetriske Afdeling, Sygehus Vendsyssel

Ugeskr Læger
2014;176:V10130577

Med det formål at skabe opmærksomhed om håndtering af »forsvundne« spiraler rapporteres der i denne kasuistik om to tilfælde af fejlplacerede spiraler. Spiralen er en af de mest anvendte og sikre former for prævention, og mere end 100 millioner kvinder anvender spiral på verdensplan [1]. Tegn på fejlplaceret spiral kan være smerter, spiralsnore, der ikke kan ses, og/eller graviditet.

SYGEHISTORIER

I. En 36-årig kvinde, som i 2001 havde haft en normal graviditet og fødsel, fik senere samme år oplagt en kobberspiral, hvilket forløb ukompliceret. Otte måneder efter spiralooplæggelsen havde hun en positiv graviditetstest. Hun havde ikke selv set, at spiralen var faldet ud, og blev derfor henvist til vaginal ultralydskanning på et sygehus. Her fandt man en intrauterin beliggende graviditet svarende til 7. uge, men ikke spiralen. Kvinden valgte at få fortaget abortus provocatus og begyndte herefter at tage p-piller. Der blev ikke gjort yderligere for at lokalisere spiralen. Tre år senere havde hun en ønsket, normal graviditet og fødsel.

I 2013 kom kvinden til undersøgelse, da hun ved toiletbesøg havde mærket et par tråde, der stak ud af

endetarmen. Hun fik sin ægtefælle til at se efter, og da han trak i trådene fulgte en spiral med ud. Der var ingen blødning eller smerter forbundet hermed.

Kvinden havde til undersøgelsen medbragt spiralen, som var intakt bortset fra kobberet, som var fuldstændig bortroderet. På dette tidspunkt var det 11 år siden, at spiralen blev lagt op. Ved gynækologisk undersøgelse blev der fundet normale forhold.

II. En 30-årig kvinde fik oplagt en hormonspiral som et led i behandlingen af endometriose. Hun fik foretaget en fraktioneret abrasio umiddelbart før spiralooplæggelsen. To måneder efter blev hun genhenvist med krampagtige smerter ved defækation, coitus og orgasme. Ved vaginal ultralydskanning kunne man ikke se spiralekko, og hun blev derfor henvist til abdominal ultralydskanning på en røntgenafdeling, hvor man ikke fandt spiralen. Der blev ikke foretaget yderligere billeddiagnostik; man konkluderede, at spiralen var faldet ud.

Tre år efter spiralooplægningen blev kvinden henvist til en fertilitetsklinik under diagnoserne sterilitas og endometriose. Hun gennemgik fem intrauterine inseminationer, hvor hun fire gange opnåede graviditet og hver gang tidlig spontan abort.

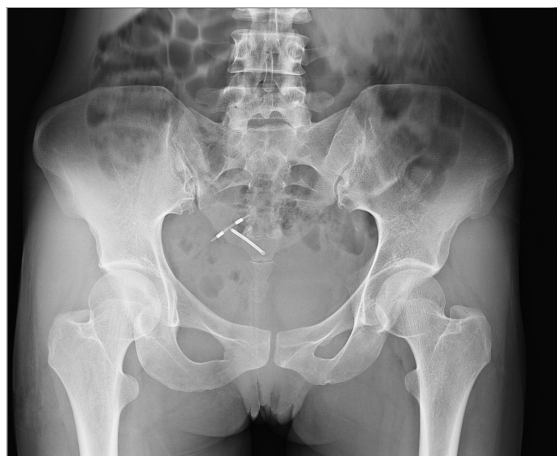
Senere blev hun henvist til diagnostisk laparoskopi, hvor man fandt en intakt hormonspiral beliggende på forsiden af rectum i fossa Douglasi. Spiralen blev fjernet. Der blev i øvrigt fundet normale forhold ved laparoskopien. Man lavede hysteroskopi for at vurdere en eventuel uterusabnormalitet, og man fandt et hjerteformet septum, som dog ikke var stort nok til resektion. Kvindens tidligere beskrevne smerter forsvandt. Det lykkedes hende ikke at blive gravid ved intrauterin insemination i efterfølgende forsøg.

DISKUSSION

I begge sygehistorier er det mest sandsynligt, at der er sket en fuldstændig perforation af uterus under oplægningen. Perforation af uterus er en sjælden, men alvorlig komplikation i forbindelse med spiralooplægning, og hyppigheden estimeres til 0-1,3 pr. 1.000 kvinder [2]. Perforation kan hos nogle være asymptomatisk som i sygehistorie I, mens andre vil få svære abdominalsmerter [3] som patienten i sygehistorie II.

FIGUR 1

Røntgenbillede af fejlplaceret spiral. Venligst udlånt af Nevit Dilmen.



Faktorer, som øger risikoen for perforation, er relateret til patienten (størrelse og form af uterus) og/eller en uerfaren læge.

I tilfælde af fuldstændig perforation er det mest almindeligt, at spiralen ligger frit i abdomen, indlejret i adhærens eller hænger fast på tarm (som i sygehistorie II) eller oment. Meget sjældent ses der som i sygehistorie I perforation af omkringliggende organer, hvilket kan lede til peritonitis, fistler eller blødning. Intraabdominal infektion eller absces forekommer i op til 16% af tilfældene [3].

Det er almindelig kendt, at spiraler kan udstødes spontant, hvilket forekommer i en ud af 20 spiraloplægninger [4]. Alligevel bør man afstå fra at konkludere, at spiralen er kvitteret spontant, hvis kvinden ikke selv har set den komme ud. I begge sygehistorier er de »forsvundne« spiraler ikke blevet eftersøgt i tilstrækkelig grad, da man undlod yderligere billeddiagnostik efter vaginal og/eller abdominal ultralydskanning.

Kan en spiral ikke ses ved vaginal eller abdominal ultralydskanning, bør man foretage røntgenoversigt over abdomen (**Figur 1**). Alle spiraler indeholder røntgenfast materiale [5]. Det vil ofte være vanskeligt med sikkerhed at se spiralekko ultrasonisk uden for uterus, hvorfor ultralydskanning af abdomen ikke er en velegnet undersøgelse til at finde en forsvundet spiral.

SUMMARY

Anne Gisselmann Egekvist, Lars Høj & Mads Riiskjær:
Ultrasound scan did not locate misplaced intrauterine devices
Ugeskr Læger 2014;176:V10130577

One of the rare but serious complications of intrauterine contraception is perforation of the uterine wall at insertion. We present two cases where intrauterine devices went missing. In both cases abdominal and vaginal ultrasound scan was performed to locate the intrauterine device. They were not found and doctors concluded that the intrauterine devices were lost by expulsion. One intrauterine device came out of the rectum by itself; the other was found and removed from inside the abdomen at laparoscopy. An X-ray examination should have been done before the conclusion of expulsion.

KORRESPONDANCE: Anne Gisselmann Egekvist, Gynækologisk-obstetrisk Afdeling Y, Aarhus Universitetshospital, Brendstrupgaardsvej 100, 8200 Aarhus N.
E-mail: egekvist@dadlnet.dk

ANTAGET: 10. januar 2014

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 31. marts 2014

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. IMAP statement on intrauterine devices. IPFF Medical Bulletin 2003;37:1-5.
2. Harrison-Woolrych M, Ashton J, Coulter D. Uterine perforation on intrauterine device insertion: is the incidence higher than previously reported? Contraception 2003;67:53-6.
3. Boortz HE, Margolis DJ, Ragavendra N et al. Migration of intrauterine devices: radiologic findings and implications for patient care. Radiographics 2012;32:335-52.
4. ESHRE Capri Workshop Group. Intrauterine devices and intrauterine systems. Hum Reprod Update 2008;14:197-208.
5. www.dsog.dk. Guideline: kobberspiral, 2009 (9. febr 2014).