

# VIÊM PHÚC MẠC SAU THÁO DỤNG CỤ TỬ CUNG Ở PHỤ NỮ MÃN KINH: BÁO CÁO CA BỆNH HIẾM GẶP

Trần Quế Sơn<sup>1,2,✉</sup>, Triệu Văn Trường<sup>2</sup>, Trần Mạnh Hùng<sup>2</sup>

Trần Hiếu Học<sup>1,2</sup>, Đỗ Đăng Cường<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Thùng tử cung có tần suất khoảng 0,01% khi lấy dụng cụ tử cung qua đường âm đạo. Tai biến này có thể kèm theo thủng ruột và bàng quang. Chúng tôi thông báo một bệnh nhân nữ 69 tuổi có tiền sử đặt dụng cụ tử cung 30 năm. Người bệnh vào viện vì đau bụng dưới rốn kèm ra dịch hồng ở âm đạo sau thủ thuật tháo dụng cụ tử cung. Bụng chướng, ấn đau và có phản ứng thành bụng. Chụp cắt lớp vi tính có hình ảnh dịch khí tự trong ổ bụng và dị vật xuyên thủng đáy tử cung. Người bệnh được mổ mở cấp cứu cắt tử cung bán phần, khâu lỗ thủng ruột non, rửa sạch ổ bụng. Sau mổ 6 ngày, bệnh nhân được phẫu thuật lại đưa 2 đầu ruột ra ngoài do bục lỗ khâu ruột non. Quá trình hậu phẫu ổn định, người bệnh được xuất viện sau mổ lần thứ hai mươi ngày. Kết luận: tai biến thủng ruột non, thủng tử cung gây viêm phúc mạc sau tháo dụng cụ để lâu trong buồng tử cung rất hiếm gặp. Trong trường hợp không thể loại bỏ nó, nên theo dõi lâm sàng chặt chẽ, nội soi buồng tử cung hoặc cắt tử cung chủ động.

**Từ khóa:** Dụng cụ tử cung, thủng tử cung, thủng ruột, viêm phúc mạc, mãn kinh.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dụng cụ tử cung (DCTC) là phương pháp tránh thai phổ biến nhất trên thế giới, có đến 14,3% phụ nữ trong độ tuổi sinh sản hiện đang sử dụng.<sup>1</sup> Điều này cho thấy DCTC là một phương pháp hiệu quả và đáng tin cậy trong việc phòng tránh thai.<sup>1,2</sup> Tuy nhiên, dụng cụ này khi được đặt vào buồng tử cung cũng có thể gây ra một số biến chứng như đau, chảy máu bất thường, dụng cụ lạc chỗ gây thủng ruột non, thủng đại tràng hoặc thủng bàng quang.<sup>3,4</sup> Ngoài ra, biến chứng liên quan đến thủ thuật tháo vòng hiếm gặp như thủng tử cung, nhiễm trùng với tỉ lệ khoảng 1/1000 nhưng hậu quả rất nghiêm trọng.<sup>4,5</sup>

Trong bài viết này chúng tôi thông báo một trường hợp viêm phúc mạc sau thủ thuật tháo

DCTC thất bại gây tai biến thủng tử cung, thủng ruột non ở phụ nữ mãn kinh và thái độ xử trí cấp cứu cho ca bệnh này. Từ ca bệnh này, chúng tôi rút ra những kinh nghiệm trong thực tế lâm sàng. Ca lâm sàng có ý nghĩa với các thầy thuốc sản và ngoại khoa trong tư vấn và điều trị người bệnh.

## II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân nữ 69 tuổi, mã số bệnh án BM.23-02-06674. Vào viện ngày 10/2/2023. Bệnh nhân được đặt dụng cụ tử cung 30 năm, gần đây thấy ra dịch nhầy hồng âm đạo. Bệnh nhân đến bệnh viện tháo DCTC nhưng thất bại. Bốn ngày sau, bệnh nhân đau hạ vị liên tục kèm nôn, ra dịch máu âm đạo, không trung tiện được, không sốt, vào viện sau đau bụng 8 giờ trong tình trạng bụng có biểu hiện của viêm phúc mạc như bụng chướng, ấn đau khắp bụng. Siêu âm ổ bụng cho thấy các quai ruột ứ đọng dịch, giảm nhu động, ít dịch tự do ổ bụng. Chụp cắt lớp vi tính thấy hình ảnh tắc ruột cơ

Tác giả liên hệ: Trần Quế Sơn

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: tranqueson@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 15/06/2023

Ngày được chấp nhận: 10/07/2023

năng, dày thành ruột vị trí hố chậu phải, khí tự do ổ bụng, dị vật cản quang nằm ở hạ vị (Hình 1). Xét nghiệm máu: hồng cầu 4,85 T/L, bạch cầu 9,7 G/L, tiểu cầu 245 G/L,  $\text{Na}^+$  130 mmol/L,

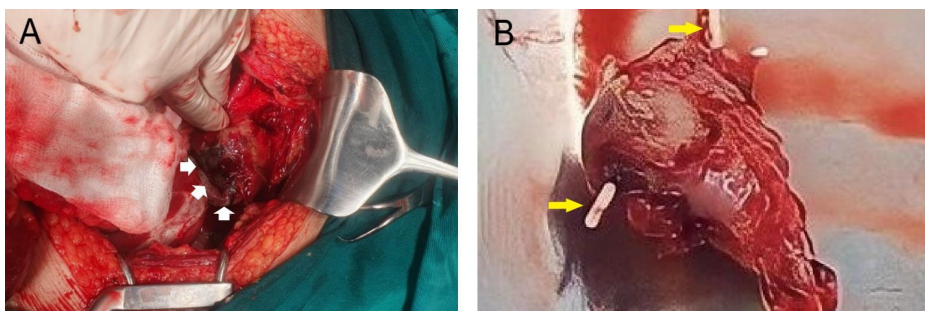
$\text{K}^+$  3,25 mmol/L,  $\text{Cl}^-$  88,6 mmol/L, prothrombin 82,7%, fibrinogen 8,76 g/L, glucose 8,34 mmol/L, creatinin 59  $\mu\text{mol/L}$ , ure 7,8 mmol/L, GOT 18,7 U/L, GPT 18,4 U/L.



**Hình 1. Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính  
Dụng cụ tử cung xuyên qua thành tử cung vào ruột (mũi tên trắng)**

Bệnh nhân được mổ cấp cứu ngày 10/2/2023 với đường mổ bụng đường trắng giữa dưới rốn vòng lên trên rốn dài 15cm. Trong ổ bụng thấy nhiều dịch đục và giả mạc. Nguyên nhân do lỗ thủng ở đáy tử cung có kích thước là 3x4cm (Hình 2A), cạnh đó là dị vật bằng nhựa (Hình 2B). Nhiều quai ruột non có giả mạc bám, thành phù nề, cách góc hồi manh tràng 50 cm có một quai ruột bị thủng ở bờ tự do với đường kính lỗ thủng khoảng 5mm, bờ nhẵn, ruột xung quanh viêm nề, gờ dính dễ chảy máu. Kiểm tra lần lượt từ vòm hoành xuống tiểu khung, đặc biệt các vị trí gần với lỗ thủng tử cung như đại tràng sigma, trực tràng, bàng quang không tổn thương. Sau khi đánh giá sơ bộ thương tổn,

chúng tôi lấy dịch ổ bụng nuôi cấy vi khuẩn, soi tươi tìm nấm. Tiếp đó, chúng tôi cắt tử cung bán phần bằng dao Ligasure kết hợp dao điện, khâu cổ tử cung bằng chỉ safil 1.0 mũi vắt, khâu che phúc mạc bằng chỉ monosyl 4.0 mũi vắt. Với lỗ thủng ở ruột non ở bờ tự do kích thước nhỏ, bờ mềm mại, ít giả mạc nên chúng tôi lựa chọn khâu kín lỗ thủng ruột non bằng kỹ thuật khâu hai lớp. Lớp trong khâu vắt toàn thể, bên ngoài khâu thanh cơ ruột non bằng chỉ monosyl 4.0 mũi rời, rửa ổ bụng bằng 5000mL nước muối sinh lý 0,9% đến khi dịch rửa trong. Sau đó chúng tôi xếp lại ruột, đặt dẫn lưu vào ba vị trí của ổ bụng là dưới gan, hố lách và túi cùng Douglas.



**Hình 2. Tổn thương trong mổ. A-Lỗ thủng đáy tử cung (mũi tên trắng) và B-Dụng cụ tử cung (mũi tên vàng)**

Sau mổ, bệnh nhân được điều trị kháng sinh Poltraxon 4 g/ngày, Metronidazol Kabi 1 g/ngày; giảm đau bằng Morphine, Nisitanol, Paracetamol kết hợp nuôi dưỡng đường tĩnh mạch. Ngày thứ tư sau mổ, bệnh nhân trung tiện được, bụng mềm, chướng nhẹ. Sang ngày thứ 6 sau mổ, bệnh nhân có biểu hiện viêm phúc mạc và được mổ cấp cứu lần hai với tổn thương là bục chỗ khâu ruột non ở lần mổ thứ nhất. Ổ bụng nhiều dịch tiêu hóa và giả mạc. Một số quai ruột non dính vào tiểu khung tại vị trí diện cắt tử cung, khi gỡ dễ chảy máu. Vị trí khâu ruột non bị bục chảy dịch tiêu hóa. Lần mổ này, chúng tôi cắt đoạn ruột non tại vị trí lỗ thủng và đưa hai đầu ruột non ra ngoài thành bụng, rửa ổ bụng bằng nước muối sinh lý 0,9%, xếp lại ruột, đặt 3 dẫn lưu tại vị trí tiểu khung, rãnh đại tràng phải và hố lách. Dịch ổ bụng được nuôi cấy dương tính với *Escherichia coli* và *Klebsiella pneumoniae* nhạy cảm với carbapenem. Sau mổ, người bệnh được điều trị bằng kháng sinh meronem 1g x 3 lọ/ngày; metronidazol 0,5g x 2 lọ/ngày, dinh dưỡng tĩnh mạch bằng túi ba ngăn Kabiven Peripheral 1440mL x 1 túi/ngày x 3 ngày. Điện giải đồ, công thức máu và đông máu cơ bản, chức năng gan thận được xét nghiệm 2 ngày/lần để điều chỉnh. Sau mổ lần hai 10 ngày, bệnh nhân ổn định và xuất viện. Người bệnh được hẹn tái khám sau 3 tháng để đóng dẫn lưu hồi tràng.

### III. BÀN LUẬN

Ngày nay, dụng cụ tử cung là phương pháp tránh thai phổ biến nhất, gần 160 triệu phụ nữ trong độ tuổi sinh sản trên thế giới sử dụng.<sup>3</sup> Vật liệu để thiết kế dụng cụ tử cung có thể bằng nhựa, đồng, bạc hoặc thép.<sup>4,5</sup> Mặc dù không có sự đồng thuận về cơ chế hoạt động, nhưng nó được cho là ảnh hưởng đến quá trình thụ tinh và/hoặc làm tổ của trứng ở trong buồng tử cung.<sup>6</sup> Hầu hết các nghiên cứu trước đây về thủng tử cung đều liên quan đến

việc sử dụng dụng cụ tử cung bằng đồng (Cu-IUD). Tuy nhiên, dụng cụ tử cung giải phóng levonorgestrel (LNG-IUS) ngày càng phổ biến ở nhiều quốc gia. Tỷ lệ thủng tử cung được báo cáo trước đây với Cu-IUD thay đổi từ 0 đến 2,2/1000 lần đặt. Trong một nghiên cứu lâm sàng so sánh Cu-IUD và LNG-IUS, tỷ lệ thủng được ghi nhận là 0/1000 với Cu-IUD và 1/1000 với LNG-IUS.<sup>6,7</sup> Thủng tử cung do DCTC là một biến chứng không phổ biến nên nhiều khi khó chẩn đoán, dấu hiệu thủng tử cung chỉ có thể được phát hiện khi theo dõi định kỳ hoặc mang thai ngoài ý muốn.<sup>8,9</sup> Các triệu chứng có thể gặp do thủng tử cung bao gồm chảy máu bất thường và đau bụng.<sup>8,10</sup> Dụng cụ tử cung có thể được nhìn thấy khi làm siêu âm đầu rò âm đạo, nhưng cũng có thể sử dụng chụp cắt lớp vi tính để xác định vị trí của DCTC. Đa số DCTC sau khi thủng sẽ nằm ở khoang phúc mạc sau đó xâm lấn vào các cơ quan lân cận gây biến chứng thủng ruột.<sup>7,8</sup> Do đặc điểm lỗ thủng ruột thường là nhỏ, nên tình trạng viêm phúc mạc có thể ở mức độ nhẹ, khu trú, thậm chí không có triệu chứng. Ngược lại nếu dịch tiêu hóa lan rộng gây viêm phúc mạc toàn thể với lâm sàng cấp tính, đau bụng, nhiễm trùng khiến bệnh nhân phải nhập viện.<sup>9</sup> Chụp cắt lớp vi tính là lựa chọn để chẩn đoán trong bệnh cảnh viêm phúc mạc. Đặc điểm DCTC lạc chỗ với dấu hiệu dị vật ổ bụng nằm ở tiểu khung, thâm nhiễm viêm, dày thành quai ruột, đôi khi có dịch khí tự do ổ bụng.<sup>10,11</sup>

Chính vì vậy, lấy dụng cụ tử cung khi dụng cụ này không có giá trị ở người mãn kinh là cần thiết để phòng tránh các biến chứng. Theo y văn, rất ít các bài báo liên quan đến tai biến thủng tử cung kèm theo thủng ruột do thất bại của thủ thuật tháo vòng tránh thai. Bệnh nhân của chúng tôi vào viện trong bệnh cảnh viêm phúc mạc toàn thể, vì thủng tạng rỗng do trên phim cắt lớp vi tính có dấu hiệu dịch, khí tự do

ổ bụng và dụng cụ nằm ngoài thành tử cung (Hình 1). Trong khi đó, áp xe trong ổ bụng có thể được điều trị bằng can thiệp dẫn lưu, mổ cấp cứu làm sạch ổ áp xe hay điều trị nội khoa bằng kháng sinh.<sup>8,9</sup> Trong điều trị, phẫu thuật nội soi ổ bụng là phương pháp điều trị ít xâm lấn có nhiều ưu điểm vượt trội so với mổ mở có thể lấy dụng cụ tử cung lạc chỗ, đồng thời điều trị các biến chứng.<sup>11-13</sup> Tuy nhiên, tính khả thi của phương pháp này còn phụ thuộc vào tình trạng chung của bệnh nhân, huyết động, tổn thương các tạng ổ bụng, kỹ năng của phẫu thuật viên và trang bị của cơ sở y tế. Trong ca bệnh này, chúng tôi cũng tiến hành mổ bụng ngay từ đầu vì bệnh nhân lớn tuổi, có dấu hiệu viêm phúc mạc và thủng ruột.

Mặc dù tháo DCTC là một thủ thuật đơn giản trong sản khoa nhưng việc loại bỏ DCTC lạc chỗ cần đòi hỏi bác sĩ phải có kinh nghiệm.<sup>12,14</sup> Theo thời gian, các trường hợp bị lãng quên trên 10 năm, DCTC có xu hướng nằm sâu trong lớp nội mạc tử cung; tử cung và cổ tử cung cũng bị teo nhỏ nên lấy DCTC qua đường âm đạo sẽ vô cùng khó khăn, nhiều nguy cơ xảy ra như rách xước lòng tử cung, thủng tử cung, xuất huyết ở âm đạo thậm chí có thể dẫn đến sốc mất máu.<sup>15,16</sup> Theo hướng dẫn của nhà sản xuất, các loại vòng tránh thai thường chỉ nên đặt vào tử cung trong khoảng 5 năm thì phải thay dụng cụ mới nhằm đảm bảo chất lượng, cũng như hiệu quả tránh thai và tránh những tai biến do dụng cụ nằm lâu trong tử cung.<sup>4,5,16</sup> Trong trường hợp không thể lấy được qua đường âm đạo thì người bệnh cần được theo dõi lâm sàng chặt chẽ hoặc tìm một hướng tiếp cận khác khả thi hơn. Các sai sót trong quá trình tháo có thể khiến vòng tránh thai bị gãy, đâm xuyên thành, thủng tử cung và tổn thương các cơ quan lân cận trong ổ bụng đặc biệt là ruột non, đại tràng sigma hoặc trực tràng.<sup>9</sup> Cụ thể trong tình huống của chúng tôi, thủ thuật lấy

DCTC không thành công đã gây nên thủng tử cung và ruột non dẫn đến viêm phúc mạc toàn thể - tai biến hiếm gặp nhưng vẫn có thể xảy ra. Khoảng thời gian nhập viện sau thủ thuật là 8 tiếng, khi đó biểu hiện của viêm phúc mạc tương đối rõ. Trong bệnh cảnh viêm phúc mạc, cần xử trí theo nguyên tắc: ưu tiên cứu sống bệnh nhân; xử trí tối thiểu, an toàn trong trường hợp nặng, không kéo dài cuộc mổ; mổ lại và xử trí di chứng sau. Do đó, nếu là thủng đại tràng, xử trí bằng nhiều cách: (i) đưa ngay lỗ thủng ra ngoài làm hậu môn nhân tạo; (ii) khâu lỗ thủng và đưa ra thành bụng; (iii) khâu lỗ thủng và đưa đại tràng phía trên lỗ thủng ra ngoài thành bụng làm hậu môn nhân tạo hoặc (iv) cắt đoạn đại tràng có lỗ thủng, đóng đầu dưới, đưa đầu trên ra ngoài làm hậu môn nhân tạo và xử trí thì 2 lập lại lưu thông ống tiêu hóa. Nếu thủng ruột non, phẫu thuật viên có nhiều lựa chọn tùy vào tình trạng ổ bụng và mức độ tổn thương. Phương pháp thường được lựa chọn là khâu lỗ thủng, cắt đoạn ruột non và nối ngay... Nếu người bệnh được cắt nối đoạn ruột thì nguy cơ xì miệng nối xảy ra cao nhất trong 2 - 3 ngày đầu ở giai đoạn viêm khi collagen bị phân hủy. Sau 48 giờ, sức bền của miệng nối thực quản giảm 40%, ở ruột non giảm 50%, và ở đại tràng giảm 35 - 75% so với lúc đầu. Ở ruột non, sức bền của miệng nối này tăng dần lại sau ngày thứ 3 và đạt gần 100% so với bình thường sau 7 ngày.<sup>17</sup> Bục chỗ khâu ruột non trong ca bệnh này có thể do một số nguyên nhân như lỗi kỹ thuật khi thành ruột non phù nề, dễ rách; ổ bụng bẩn do viêm phúc mạc; do ruột non viêm dính và gấp góc làm hạn chế sự lưu thông tiêu hóa. Trong những trường hợp như thế này, kinh nghiệm của phẫu thuật viên khi đánh giá tổn thương là rất quan trọng. Nếu lỗ thủng ruột non rộng, bờ mủ nát khó khâu, vị trí ở bờ mạc treo thì nên cắt đoạn ruột và làm miệng nối kiểu tận tận hoặc bên bên. Trong các trường hợp tiên lượng miệng nối khó

liền như người bệnh sốc nặng, tưới máu ruột kém, suy kiệt, albumin máu thấp, nhiều bệnh nền phối hợp thì nên đưa lỗ thủng hoặc đưa hai đầu ruột ra ngoài chấp nhận mất nước điện giải. Trong thời gian hậu phẫu cần hồi sức tốt, bù nước, điện giải, đảm bảo dinh dưỡng và mổ lại sớm khi điều kiện người bệnh đảm bảo. Để hạn chế được biến chứng của khâu nối ống tiêu hóa thì cần đảm bảo một số nguyên tắc, đó là: (i) đảm bảo kỹ thuật khâu nối (không căng, tưới máu miệng nối tốt, đúng lớp), có thể khâu mũi rời bằng chỉ safil 3.0 hoặc 4.0 để hạn chế cửa đứt thành ruột khi bị phù nề; (ii) ổ bụng sạch; (iii) toàn thân phải đảm bảo như không tụt huyết áp; (iv) các xét nghiệm bình thường (hồng cầu, điện giải, albumin máu); (v) phía dưới không tắc nghẽn.

Mặc dù được cứu sống nhưng người bệnh phải trải qua nhiều cuộc đại phẫu cho thấy xử trí các biến chứng là vô cùng khó khăn. Thực tế lâm sàng đó, đòi hỏi người thầy thuốc phải tư vấn về thời gian tháo DCTC, lựa chọn cách tiếp cận an toàn, khả thi để có thể lấy được DCTC nhằm hạn chế các biến chứng. Người bệnh cũng như người thân của bệnh nhân cần phải được giải thích rõ, hiểu và đồng thuận trước khi làm thủ thuật cũng như trước khi mổ. Đây chính là ý nghĩa thực tiễn của thông báo lâm sàng này.

Bài báo của chúng tôi còn một số hạn chế nhất định. Thứ nhất, không phân độ được tổn thương của tử cung và của ruột non. Thứ hai, chưa đánh giá được di chứng của nhiều lần mổ bụng. Và điều này cần được theo dõi lâu dài trong tương lai.

#### IV. KẾT LUẬN

Thủng tử cung sau lấy DCTC kèm theo thủng ruột non là một biến chứng hiếm gặp. Phụ nữ khi đặt DCTC thì cần tuân thủ khuyến cáo đó là tháo DCTC mỗi 5 năm/lần hoặc khi hết tuổi sinh sản. Các can thiệp thông thường có thể khiến

vòng tránh thai bị vỡ, thủng thành tử cung và gây tổn thương các cơ quan xung quanh. Trong trường hợp không thể loại bỏ DCTC bằng thủ thuật thì nên theo dõi lâm sàng chặt chẽ, nội soi buồng tử cung hoặc cắt tử cung chủ động.

#### Lời cảm ơn

Nhóm tác giả chân thành cảm ơn các Bác sĩ, nhân viên điều dưỡng Khoa Ngoại tổng hợp, Trung tâm gây mê hồi sức Bệnh viện Bạch Mai đã tham gia phẫu thuật, chăm sóc và theo dõi sau mổ.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Buhling KJ, Zite NB, Lotke P, et al. Worldwide use of intrauterine contraception: a review. *Contraception*. 2014;89(3):162-173.
2. Anthony MS, Armstrong MA, Getahun D, et al. Identification and validation of uterine perforation, intrauterine device expulsion, and breastfeeding in four health care systems with electronic health records. *Clin Epidemiol*. 2019;11:635-643.
3. Roman JD. Uterine Perforation by Levonorgestrel-Releasing Intrauterine Device: A Case Report. *Cureus*. 2022;14(11):e31398.
4. Heinemann K, Barnett C, Reed S, et al. IUD use among parous women and risk of uterine perforation: A secondary analysis. *Contraception*. 2017;95(6):605-607.
5. Sinha M, Rani R, Gupta R, et al. Lippes Loop Inserted 45 Years Back: The Dilemma to Remove It or Leave It in situ. A Case Report with Review of Literature. *J Clin Diagn Res*. 2015;9(4):QE01-05.
6. Kaislasuo J, Suhonen S, Gissler M, et al. Intrauterine contraception: incidence and factors associated with uterine perforation - a population-based study. *Hum Reprod*. 2012;27(9):2658-2663.
7. Barnett C, Moehner S, Do Minh T, et al. Perforation risk and intra-uterine devices:

results of the EURAS-IUD 5-year extension study. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2017;22(6):424-428.

8. 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(1):3.

9. Rowlands S, Oloto E, Horwell DH. Intrauterine devices and risk of uterine perforation: current perspectives. *Open Access J Contracept*. 2016;7:19-32.

10. Howard B, Grubb E, Lage MJ, et al. Trends in use of and complications from intrauterine contraceptive devices and tubal ligation or occlusion. *Reprod Health*. 2017;14(1):70.

11. Elahi N, Koukab H. Diagnosis and management of lost intrauterine contraceptive device. *J Pak Med Assoc*. 2002;52(1):18-20.

12. Marchi NM, Castro S, Hidalgo MM, et al. Management of missing strings in users

of intrauterine contraceptives. *Contraception*. 2012;86(4):354-358.

13. Gill RS, Mok D, Hudson M, et al. Laparoscopic removal of an intra-abdominal intrauterine device: Case and systematic review. *Contraception*. 2012;85(1):15-18.

14. Ozgun MT, Batukan C, Serin IS, et al. Surgical management of intra-abdominal mislocated intrauterine devices. *Contraception*. 2007;75(2):96-100.

15. Prine L, Shah M. Long-Acting Reversible Contraception: Difficult Insertions and Removals. *Am Fam Physician*. 2018;98(5):304-309.

16. Wang N, Sun H. Uterine Artery Rupture Caused by IUD Extraction: A Case Report. *Int J Womens Health*. 2022;14:831-836.

17. Guyton KL, Hyman NH, Alverdy JC. Prevention of Perioperative Anastomotic Healing Complications: Anastomotic Stricture and Anastomotic Leak. *Adv Surg*. 2016;50(1):129-141.

## Summary

### PERITONITIS DUE TO PERFORATION OF THE UTERUS AFTER INTRAUTERINE DEVICE REMOVAL IN MENOPAUSE WOMEN: A RARE CLINICAL CASE REPORT

Uterine perforation due to migratory intrauterine device (IUD) is a rare complication with a rate of 0.01% that can cause damage to surrounding organs such as the bowel and bladder. We report a 69-year-old female patient with a 30-year history of IUD insertion who was admitted to the hospital with persistent lower abdominal pain and abnormal vaginal bleeding after unsuccessful IUD removal. Physical examination revealed abdominal tenderness, mild distension, and a guarding sign. The computerized tomography showed the image of a uterine fundus perforation by the IUD with abdominal free air and fluid. The diagnosis was peritonitis after IUD removal, and the patient was indicated for emergency partial hysterectomy and small bowel perforation suture. After 6 days of surgery, the patient was diagnosed with recurrent bowel perforation and was indicated for the second emergency surgery for ileostomy. After 10 days of

the second surgery, the patient was discharged from the hospital in stable condition. Conclusion: it is difficult to remove an IUD left in the uterus for a long time. In cases where it cannot be removed, close clinical monitoring, hysteroscopy, or active hysterectomy is recommended.

**Keywords:** Intrauterine device, uterine perforation, bowel perforation, peritonitis, menopause.