مهاجرت IUD به داخل مثانه وتشکیل سنگ بر روی آن

محمد حیدری[1]، عبدالرضا خیرالهی[1]، سید سعید شاهرخی[1]، منوچهر شمس خرم آبادی[2]
1- گروه ارولوژی ،دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان ، خرم‌آباد ، ایران
2-گروه اتاق عمل وبیهوشی،دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان ، خرم‌آباد ، ایران

یافته / دوره سیزدهم / شماره 3 / پاییز 90 / مسلسل 49

چکیده

دریافت مقاله: 89/11/22 ، پذیرش مقاله: 90/1/21

Ø مهاجرت نابجای IUD به داخل مثانه وپیشابراه وتشکیل سنگ بر روی آن ازعوارض نادر IUD می‌باشد. در بررسی سیستوسکوپی و گرافی اولیه بر روی دو خانم 38 و45 ساله با سنگ راجعه مثانه به علت IUD که حدود 6-5 سال قبل گذاشته شده وبا علائم تحریکی ادراری مراجعه کرده بودند، اثری از IUD ونفوذ آن به داخل سنگ مشاهده نشد. سنگ ها بوسیله الکترو هیدرولیک شکسته شد. در مراجعات بعدی ودقت بیشتر مشخص شد که شاخ IUD حدود 0/5 سانتی متر به داخل مثانه نفوذ و موجب ایجاد سنگ شده بود،چون با سیستوسکوپ IUD قابل خارج شدن نبود جهت پیشگیری از عود بعدی وفیستول مثانه به واژن با سیستوستومی IUD سنگ ها بیرون آورده شد که درپیگیری2ساله هیچ عارضه ای مشاهده نگردید.

Ø واژه‌های کلیدی: آیو دی ، سنگ، مثانه.

آدرس مکاتبه: خرم‌آباد، بیمارستان شهدای عشایر، دپارتمان بالینی ، گروه اورولوژی
پست الکترونیک: mhaidari2010@yahoo.com

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-25]

مقدمه

IUD برای تعداد زیادی از زنان روش قابل قبول پیشگیری از بارداری پذیرفته شده است.در سال1995 حدود100 میلیون نفردر سطح دنیا از این نوع روش پیشگیری استفاده نموده‌اند. عوارض کم و نادری برای این روش گزارش شده است که عمدتا شامل موارد زیر است: عفونت لگنی، سقط عفونی، آدنوم کارسینومای آندومتر، سوراخ شدن رحم، نازایی وعفونت شدید که منجر به مرگ می‌شود.(9-1)

شرح حال: دو مورد بیمار خانم 38 و 45ساله که برای مورد اول حدود 6 سال پیش و برای مورد دوم حدود 5 سال پیش IUDگذاشته شده بود. هر دو بیمار با تابلو علائم تحریکی ادراری که تقریبا 15 ماه پیش شروع شده و درمان‌های متعددی جهت عفونت راجعه ادراری انجام گرفته بود،همچنان از علائم سوزش، تکرر، هماچوری و درد سوپراپوبیک ودرد در زمان نزدیکی شاکی بوده به کلینیک بیمارستان آموزشی شهدای عشایر شهر خرم‌آباد مراجعه نمودند. بیماران بارها توسط همکاران ژنیکولوژی ویزیت و بررسی شده بودند که اثری از نا پدید شدن نخ گزارش نشده وگزارشات نرمال بودند. در شرح حال قبل از 15 ماه نکته مهمی را ذکر نمی‌کردند. در بررسی به عمل آمده در آزمایش آنالیز وکشت ادراری پروتئوس و در سونوگرافی انجام شده سنگ مثانه 2/5-2 سانتی‌متری مشاهده گردید. درعکس قدامی لگن نیزسنگ رویت گردیدکه ارتباط نزدیکی با IUD وسنگ درعکس قدامی لگن ولترال مشاهده نشد . هر دو بیمار سابقه جراحی سیستوسل را ذکر نمودند. بیماران کاندید عمل سیستوسکوپی شدند که در بررسی اولیه در هر دو مورد سنگ در داخل مثانه شناور بود ولی هنوز IUD به داخل مثانه نفوذ نکرده وسنگ‌ها فیکس نبودند. بنابراین با فورسپس هندریکسون وبه صورت مکانیکی سنگ‌ها شکسته شد و در بررسی 6 ماه بعد هر دو بیمار با علائم ادراری مراجعه که در بررسی بعدی مجددا سنگ مثانه مشاهده گردید. در بررسی عکس قدامی لترال لگن نفوذشاخIUD به داخل سنگ قابل رویت بود. هر دو بیمارکاندید سیستوسکوپی مجدد شدند که حدود نیم سانتی‌متر شاخ IUD به داخل مثانه نفوذ کرده بود سعی گردید که IUD با سیستوسکوپ بیرون آورده شود، اما به علت کوتاهی طول آن امکان پذیر نبود. بنابراین جهت پیشگیری از فیستول مثانه به رحم و واژن وجهت پیشگیری از عود مجدد سنگ کاندیدسیستوستومی، که در همان جلسه عمل شدند و IUD ها همراه نخ آن به زحمت بیرون آورده شدند.در پیگیری دو ساله در هیچ کدام یک از بیماران عارضه‌ای مشاهده نگردید.



بحث

دردنیا انواعIUD مورد استفاده قرار می گیرد.گزارش‌های متعددی مبنی بر سوراخ شدن مثانه ونفوذIUD بوسیلهLippes loop وCoppert divices وجود دارد(5). IUD به عنوان وسیله پیشگیری‌کننده برای خانم‌های چندزا که سابقه‌ای از عفونت لگن را ندارند توصیه می‌شود، IUDهای جدید در جلوگیری از بارداری بسیار مفید هستند(3). شرح حال حاملگی نابجا منعی در استفاده از این وسیله ندارد. نوع Coppert T380 IUD یک روش جایگزین برابر با ناباروری کامل می‌باشد. در سال 1999 درصد حاملگی در زنان استفاده کننده از IUD ،2/2% به ازای هر 100 خانم در طول مدت12سال استفاده از IUD گزارش شده است که برابر با خانمی است که توبکتومی انجام داده باشد(11-10). نوع Copper 380 A IUD با مدت10سال بدون خارج کردن قابل استفاده است. شایعترین علت برداشت زود هنگام IUD شامل خونریزی وسیع، دیسمنوره با

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-25]

دفع می‌باشد(10). علیرغم بی‌خطری نسبی و اثربخشی عالی در پیشگیری از بارداری در آمریکا فقط 1% خانم‌ها از این روش استفاده می‌کنند. این بر خلاف بعضی از کشورهای صنعتی است که حدودا 25% زنان ازIUD استفاده می‌کنند(11)امروزه عوارضIUD بسیار نادر است از جمله این عوارض سقط خودبخودی، التهاب لگن، سوراخ شدن رحم، دیسمنوره، خونریزی شدید وبارداری ناخواسته است (18-1،11،13). شیوع سوراخ شدن رحم بوسیلهIUD 1/6-0 در هر1000 مورد است(19و15)،ریسک فاکتورهای پارگی رحم شامل زمان گذاشتنIUD به نسبت زمان زایمان، سقط، شیردهی، تجربه کلینیکی، آنومالی مادرزادی رحم وجراحی‌های قبلی رحم می‌باشند. شاه‌کلید استفاده موثر ازمعاینه منظم خود بیمار و پیگیری منظم توسط بیمار می‌باشد(9،15،20).

IPPE[1] درسال1987 پیشنهاد کرده است پیگیری اولیهIUD پس از3 ماه و بعد از آن چک سالیانه محل قرار گرفتن انجام گیرد(22و21). پاتوژنز سوراخ شدن رحم بوسیله IUD بر اساس یکی از دو مکانیسم سوراخ شدن رحم در زمان قرارگیریIUD خصوصا وقتی که همراه با درد شدید شکم باشد(22) و دیگری در پی فشار تدریجی دیواره رحم بهIUD می‌باشد(23). تقریبا 80% سوراخ شدن رحم به داخل حفره شکم است(22)، با این وجود مهاجرت به ارگان‌های مجاور و عوارض شدید نیز گزارش شده است. مهاجرت IUD ممکن است منجر به انسداد روده، پریتونیت،آپاندیسیت، سنگ مثانه، نفروپاتی انسدادی، فیستول، چسبندگی داخل شکمی و نازائی شود(23،24،2). سوراخ شدن اغلب بدون علامت است(23)در سال 2003 هاریسون 17469 مورد استفاده از IUD را بررسی و 28 مورد سوراخ شدن رحم را گزارش نمود. 86% سوراخ شدگی در زمان گذاشتن تشخیص داده نشده بود(16).

در سال 1992 دایتریک[2] مهاجرت 8 مورد IUD به داخل مثانه که دارای علائم اداری3 ماه تا 5 سال پس از گذاشتن IUD شده بود را گزارش نمود(25). بیشترین گزارش سوراخ شدن مثانه بوسیله IUD شامل درد لگن، هماچوری، عفونت مقاوم مثانه می‌باشد که اغلب با دارو بهتر می‌شود. سنگ‌های مثانه به نسبت غیرشایع در خانم‌های جوان هستند. اغلب در مردان مسن به علت انسداد بوسیله پروستات دیده می‌شود (13-19،21،25،26،15).

مواردی ازدرگیری بدون علامت سیستم ادراری همراه سوراخ شدنIUD وجود دارد. سنگ مثانه در اطرافIUD داخل مثانه ایجاد می‌شود. درجه و مقدار سنگ به مدت زمان در معرض قرارگیری IUD به داخل مثانه وابسته نیست(2)،تشکیل سنگ حدود 6 ماه پس از نفوذIUD به داخل مثانه ممکن است ایجاد شود در حالی که بیماران مورد نظر حدود 5 سال قبل از گذاشتنIUD هیچ علامتی نداشته اند. در مورد دو بیمار ما نیز6 ماه پس از در معرض قرارگرفتن IUD سنگ ایجاد شده بود که هسته اولیه ظاهرا در اولین مرحله به IUD نچسبیده و یا آزاد بود و هسته ثانویه باعث ایجاد سنگ شده بود(25و9،2). علاوه بر این شرح حال استفاده از IUD اختلال جنسی، سوراخ شدن رحم بوسیلهIUD حتما بایستی مدنظر باشد.(2،9،25) برای بیمار با علائم اداری وفقدان نخ مربوط به IUD بایستی عکس قدامی ولترال شکم و لگن گرفته شود که در این شرایط محلIUD اکثرا مشخص می‌گردد. قدم بعدی در تعیین محلIUD معاینه وسونوگرافی می‌باشد. سونوگرافی محلIUD و چسبندگی آن به ساختمان‌های اطراف را تعیین می‌کند.اگرIUDبوسیله سونوگرافی مشخص نگردد IVP با سیستوسکوپی وسیستوگرافی سیستم ادراری وضعیت و قرارگیریIUD را مشخص می‌کند، همچنینCT ولاپاراسکوپی نیز کمک کننده هستند. IPPE توصیه کرده است که در تمامی سوراخ شدگی‌های رحم بوسیلهIUD بایستی هر چه سریع‌تر این وسیله خارج شود(21). قوانین کلی بر این است که هرگاه IUD باعث علائم تحریکی ادراری شود بایستی هر چه سریعتر خارج شود(8).IUD را می‌توان بوسیله سیستوسکوپی، سیستوستومی و یا از

1.Interanational planned parenthood federation
2.Dietric

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-25]

طریق واژینال و یا بوسیله سیستوسکوپ خارج نمود.(28-27) ما نیز در این دو مورد به علت پیشگیری از فیستول مجبور به خارج کردن IUD به وسیله سیستوستومی شدیم .



نتیجه‌گیری

سوراخ شدن رحم بوسیله IUD به زودی و یا مدتها پس از گذاشتن IUD ایجاد می‌گردد به ندرت عوارض کشنده ممکن است به دنبال مهاجرت آن ایجاد شود در تمامی موارد استفاده IUD فقدان طناب آن در معاینه فیزیکی با درد لگن و سوراخ شدن رحم بایستی مدنظر باشد، مگر آنکه خلاف آن ثابت شود. در صورت وجود علائم ادراری راجعه مهاجرت IUD به داخل سیستم ادراری بایستی مد نظر باشد. بررسی اولیه در این موارد شامل عکس قدامی و لترال شکم ولگن می‌باشدکه وسیله‌ای راحت،سریع و در دسترس می‌باشدسونوگرافی نیز در این موارد سودمند است در نهایت سیستوسکوپی در بررسی بیشترIUD به داخل مثانه کمک کننده است.

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-25]

References

1. Tuncay YA,Tuncay E,Guzin K,Ozurk D,Omurcan C,Yucel N. Transuterine migration as a Complication of intrauterine contraceptive devices: six case reports. The Euro J ofContraception and Reprod Health care 2004 ; (9) :194-200
2. Rafique M,Rauf N,Khan A, Haque TU. An unsual cause of vesical stone: a migrant Intrauterine device. The Eur J of contraception and Reprod,Health Care 2003;(8):170-172
3. McNamara M ,Kennan N ,Buckley AR.Copper-7 perforation of the uterus and urinary bladder with calculus formation – sonographic demonstration .Br J Radiology 1985;(58)558 –562
4. Demirci D , Ekmekeioglu O, Demirtas A ,Gulmez I. Bhg bladder Stones around an intravesical migrated intrauterine device .Int Urol Nephrol 2003;35(4):495-6
5. Eskandar OS ,Eckford SD. Intravesical migration of a Gyneflx intrauterine device. J Fam plan Reprod Health Care 2003; 29(4):237-8
6. Nwwofor AM,Ikechebelu JO. Uterovesical fistula and bladder Stones following bladder penetration by a perforation intrauterine contraceptive device .J Obstet Gynaecol 2003; 23(6):683-4
7. Honarbakhsh A,Rastegar M, Hervai I,Khoury E. Unrecognized perforation of the uterus into bladder by an IUD . J Obstet Gynaecol 2003; (23):444-5
8. DabbasM, Maaita M. urteric Claculus around an intrauterine contraceptive device. J ObstetGynaecol 2002; 22 (1):101-2
9. Atakan H, Kaplan M , Ertrk E. Intravesical migration of intrauterine device resulting in stone formation. Urology 2002; 60(5):911
10. Skegg D. Safety and efficacy of fertility – regulating methods : a decade of research . Bulletin of the World Health Organization . 1999;77 (9) :713
11. Sulak P . Intrauterine Device Guidelince :Patient Types .Contraception 1998 ; (58) :55-58
12. Kiilholma P , Makinene J , Vuori J . Bladder perforation : uncommon complications with a misplaced IUD Contraception 1986;5 (1):47-49
13. Coronel Sanchez B , SanchezSanchis MJ , Carrasvosa LIoret V . BeltranAmada JR, RodrigoGuanterV,Tarin planes M, SanJuandeLaorden C . Migration of an intrauterine contraceptive device into the urinary bladder:Report of one case .Arch Esp Urol 2004;57(1):57-58
14. Sirikci A, Sarica K,Bayram M . Ureteral displacement due to a migrated intrauterine contraceptiye device .Urol Int 2000; 65 (3):179-80
15. Andersson K, Ryde-Blomqvist E,Lindell K,Odlind V,Misom I. perforation with intrauterine devices . Report from a Swedish Survey. Contraception 1998;57(4):251-5
16. Harrison –woolrych M, Ashton J , Coulter D. Uterine perforation on intrauterine device insertion : is the incidence higher than previously repoted .Contraception 2003;67(1):53- 6
17. LiH Q ,Feng ZC , Wang YB ,Han YL,Van Kets H, Wildemeersch D. Performance of

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-25]

the frameless IUD (Flexigard prototype inserter) and the T Cu380A after six years as part of a WHO multicenter randomized comparative clinical trial in parous women . Adv in Contraception 1999 ;(15) :201 – 209

18. Curtis KM , Chrisman CE , Peterson HB . Contraception for Women in Selected Circumstances . Obstet Gynecol 2002; (99) : 1100 -12
19. Capi B, Rabinerson D , Appelman Z, Kaplan B . Penetration of the bladder by perforation intrauterine contraceptive device : a sonographic diagnosis. UUltrasound Obstet Gynecol 1996 ;7(6):458-60
20. Chi IC,Kelly E. IS Lacation arisk factor of IUD and sterilization related uterine perforation,Ahypothesis .Int J Gynaecol Obstel 1984;22 (4):315-7
21. Singh MM. IUDs and transmigration- putting an old concern to rest. International planned parenthood Federation Med Bull 1995 ; 29(1):2-3
22. Schwartzwald D, Mooppan UM , Tancer ML , Gomez – Leon G , Kim H. Vesicouterine fistula with menouria : a complication from an ntrauterine contraceptive device . J Urol 1986; 136(5):1066 – 7
23. Gillis E , Chhiv N , Kang S , Sayegh R ,Lotfipour S . Case of Urethral Foreign Body : IUD Perforation of the Bladder With Calculus Formation .The California J of Emer Medi VII:3 , Summer 2006
24. Timonen H , Kurpa K . IUD perforation leading to obstructive nephropathy necessitating nephrectomy : a rare complication . Adv Contracept 1987 ;3 (1):71-5
25. Dietrick DD , Issa MM , Kabalin JN ,Basset JB .Intravesical migration of intrauterine device . J Urol . 1992 ; 147(1):132-4
26. Broso PR , Buffetti G . The IUD and Uterine perforation . Minerva Ginecol 1994 ; 46 (9):505-9
27. Deniz Demirci , OguzEkmekcioglu , Abdullah Demirtas & Ibrahim Gulmez .Big Bladder Stones around an intravesical migrated intrauterine device. Intnational Urology and Nephrology 2003 ; (35) : 495 – 496
28. Sepulveda WH, Ciuffardi I , Olivari A, Gallegos O. Sonographic diagnosis of bladder perforation by an intrauterine device .A case report . J Reprod Med 1993;38 (11):911-3

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-25]