

## مهاجرت IUD به داخل مثانه وتشکیل سنگ بر روی آن

محمد حیدری<sup>1</sup>، عبدالرضا خیرالهی<sup>1</sup>، سید سعید شاهرخی<sup>1</sup>، منوچهر شمس خرم آبادی<sup>2</sup>

1- گروه اورولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران  
2- گروه اتاق عمل و بییهوشی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، 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 می باشد. در بررسی سیستموسکوپی 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 سیستموسکوپ IUD قابل خارج شدن نبود جهت پیشگیری از عود بعدی وفیستول مثانه به واژن با سیستموستومی IUD سنگ ها بیرون آورده شد که در پیگیری 2ساله هیچ عارضه ای مشاهده نگردید. Ø واژه های کلیدی: آیو دی، سنگ، مثانه.

آدرس مکاتبه: خرم آباد، بیمارستان شهدای عشایر، دپارتمان بالینی، گروه اورولوژی

پست الکترونیک: [mhaidari2010@yahoo.com](mailto:mhaidari2010@yahoo.com)

## مقدمه

سانتی متر شاخ IUD به داخل مثانه نفوذ کرده بود سعی گردید که IUD با سیستم اسکوپ بیرون آورده شود، اما به علت کوتاهی طول آن امکان پذیر نبود. بنابراین جهت پیشگیری از فیستول مثانه به رحم و واژن جهت پیشگیری از عود مجدد سنگ کاندید سیستم اسکومی، 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

در دنیا انواع IUD مورد استفاده قرار می‌گیرد. گزارش‌های متعددی مبنی بر سوراخ شدن مثانه و نفوذ IUD بوسیله Lippes loop و Coppert divices وجود دارد (5). IUD به عنوان وسیله پیشگیری کننده برای خانم‌های چندزا که سابقه‌ای از عفونت لگن را ندارند توصیه می‌شود. IUD های 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 مدت 12 سال استفاده از IUD گزارش شده است که برابر با خانمی است که توپکتومی انجام داده باشد (10-11). نوع Copper 380 A IUD با مدت 10 سال بدون خارج کردن قابل استفاده است. شایعترین علت برداشت زود هنگام IUD شامل خونریزی وسیع، دیسمنوره با

IUD برای تعداد زیادی از زنان روش قابل قبول پیشگیری از بارداری پذیرفته شده است. در سال 1995 حدود 100 میلیون نفر در سطح دنیا از این نوع روش پیشگیری استفاده نموده‌اند. عوارض کم و نادری برای این روش گزارش شده است که عمدتاً شامل موارد زیر است: عفونت لگنی، سقط عفونی، آدنوم کارسینوما می‌آندومتر، سوراخ شدن رحم، نازایی و عفونت شدید که منجر به مرگ می‌شود. (9-1)

شرح حال: دو مورد بیمار خانم 38 و 45 ساله که برای مورد اول حدود 6 سال پیش و برای مورد دوم حدود 5 سال پیش IUD گذاشته شده بود. هر دو بیمار با تابلو علائم تحریکی ادراری که تقریباً 15 ماه پیش شروع شده و درمان‌های متعددی جهت عفونت راجعه ادراری انجام گرفته بود، همچنان از علائم سوزش، تکرر، هماچوری و درد سوپراپوبیک و درد در زمان نزدیکی شاکمی 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 و گزارشات نرمال بودند. در شرح حال قبل از 15 ماه نکته مهمی را ذکر نمی‌کردند. در بررسی به عمل آمده در آزمایش آنالیز و کشت ادراری پروتئوس و در سونوگرافی انجام شده سنگ مثانه 2/5-2 سانتی متری مشاهده گردید. در عکس قدامی لگن نیز سنگ رویت گردید که ارتباط نزدیکی با IUD و سنگ در عکس قدامی لگن و لترال مشاهده نشد. هر دو بیمار سابقه جراحی سیستم اسکوپ را ذکر نمودند. بیماران کاندید عمل سیستم اسکویی شدند که در بررسی اولیه در هر دو مورد سنگ در داخل مثانه شناور بود ولی هنوز IUD به داخل مثانه نفوذ نکرده و سنگ‌ها فیکس نبودند. بنابراین با فورسپس هندریکسون و به صورت مکانیکی سنگ‌ها شکسته شد و در بررسی 6 ماه بعد هر دو بیمار با علائم ادراری مراجعه که در بررسی بعدی مجدداً سنگ مثانه مشاهده گردید. در بررسی عکس قدامی لترال لگن نفوذ شاخ IUD به داخل سنگ قابل رویت بود. هر دو بیمار کاندید سیستم اسکویی مجدد شدند که حدود نیم

IUD شامل درد لگن، هم‌چوری، 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 (15، 26، 21، 19-13).

مواردی از درگیری بدون علامت سیستم ادراری همراه سوراخ شدن IUD وجود دارد. سنگ مثانه در اطراف IUD 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 نفوذ IUD به داخل مثانه ممکن است ایجاد شود در حالی که بیماران مورد نظر حدود 5 سال قبل از گذاشتن IUD هیچ علامتی نداشته‌اند. در مورد دو بیمار ما نیز 6 ماه پس از در معرض قرار گرفتن IUD سنگ ایجاد شده بود که هسته اولیه ظاهراً در اولین مرحله به IUD نچسبیده و یا آزاد بود و هسته ثانویه باعث ایجاد سنگ شده بود (25 و 9). علاوه بر این شرح حال استفاده از IUD اختلال جنسی، سوراخ شدن رحم بوسیله IUD حتماً بایستی مدنظر باشد (25، 2). برای بیمار با علائم ادراری و فقدان نخ مربوط به IUD بایستی عکس قدامی و لترال شکم و لگن گرفته شود که در این شرایط محل IUD اکثراً مشخص می‌گردد. قدم بعدی در تعیین محل IUD معاینه و سونوگرافی می‌باشد. سونوگرافی محل IUD و چسبندگی آن به ساختمان‌های اطراف را تعیین می‌کند. اگر IUD بوسیله سونوگرافی مشخص نگردد IVP با سیستوسکوپی و سیستوگرافی سیستم ادراری وضعیت و قرارگیری IUD را مشخص می‌کند، همچنین CT و لاپاراسکوپی نیز کمک کننده هستند. IPPE توصیه کرده است که در تمامی سوراخ شدگی‌های رحم بوسیله IUD 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

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 حدوداً 25% زنان از IUD استفاده می‌کنند (11). امروزه عوارض IUD بسیار نادر است از جمله این عوارض سقط خودبخودی، التهاب لگن، سوراخ شدن رحم، دیسمنوره، خونریزی شدید و بارداری ناخواسته است (18-11، 13). شیوع سوراخ شدن رحم بوسیله IUD 1/6-0 در هر 1000 مورد است (19 و 15). ریسک فاکتورهای پارگی رحم شامل زمان گذاشتن IUD به نسبت زمان زایمان، سقط، شیردهی، تجربه کلینیکی، آنومالی مادرزادی رحم و جراحی‌های قبلی رحم می‌باشند. شاه‌کلید استفاده موثر از معاینه منظم خود بیمار و پیگیری منظم توسط بیمار می‌باشد (20، 9).

IPPE<sup>1</sup> در سال 1987 پیشنهاد کرده است پیگیری اولیه IUD پس از 3 ماه و بعد از آن چک سالانه محل قرار گرفتن انجام گیرد (22 و 21). پاتوژنز سوراخ شدن رحم بوسیله IUD بر اساس یکی از دو مکانیسم سوراخ شدن رحم در زمان قرارگیری IUD خصوصاً وقتی که همراه با درد شدید شکم باشد (22) و دیگری در پی فشار تدریجی دیواره رحم به IUD می‌باشد (23). تقریباً 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 نازایی شود (2، 24، 23). 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<sup>2</sup> مهاجرت 8 مورد IUD به داخل مثانه که دارای علائم ادراری 3 ماه تا 5 سال پس از گذاشتن IUD شده بود را گزارش نمود (25). بیشترین گزارش سوراخ شدن مثانه بوسیله

1. Interanational planned parenthood federation

2. Dietric

### 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 مدنظر باشد. بررسی اولیه در این موارد شامل عکس قدامی و لترال شکم و لگن می‌باشد که وسیله‌ای راحت، سریع و در دسترس می‌باشد. سونوگرافی نیز در این موارد سودمند است در نهایت سیستوسکوپی در بررسی بیشتر IUD به داخل مثانه کمک کننده است.

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



## 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 of Contraception and Reprod Health care* 2004 ; (9) :194-200
2. Rafique M, Rauf N, Khan A, Haque TU. An unusual 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. Dabbas M, Maaita M. urteric Claculus around an intrauterine contraceptive device. *J Obstet Gynaecol* 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 , Sanchez Sanchis MJ , Carrasvosa Lloret V . Beltran Amada JR, Rodrigo Guanter V, Tarin planes M, San Juande Laorden 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 contraceptive device .*Urol Int* 2000; 65 (3):179-80
15. Andersson K, Ryde-Blomqvist E, Lindell K, Odland 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. Li H Q , Feng ZC , Wang YB , Han YL, Van Kets H, Wildemeersch D. Performance of

- 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. *Ultrason Obstet Gynecol* 1996 ;7(6):458-60
  20. Chi IC, Kelly E. IS Location risk factor of IUD and sterilization related uterine perforation, A hypothesis . *Int J Gynaecol Obstet* 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