



## Два случая лечения транслокации внутриматочного контрацептива в мочевого пузыря

© Александр Н. Нечипоренко

Гродненский государственный медицинский университет [Республика Беларусь, Гродно]

### Аннотация

**Введение.** Внутриматочные контрацептивы (ВМК) широко используются во всем мире. Одним из наиболее редких, но серьезных осложнений является перфорация матки, и проникновение внутриматочного контрацептива через стенку мочевого пузыря в его просвет. В настоящем сообщении приводим наблюдение двух случаев извлечения ВМК из стенки мочевого пузыря.

**Клиническое наблюдение.** Две пациентки обследованы по причине рецидивирующих эпизодов дизурии. Методами лучевой визуализации и цистоскопии в стенке мочевого пузыря выявлено инородное тело, которое оказалось внутриматочным контрацептивом, установленным в полость матки несколько лет назад и частично транслоцировавшимся в просвет пузыря. Обе пациентки были успешно прооперированы трансуретрально, внутриматочные контрацептивы извлечены полностью без их фрагментации. Выполнение экстракции ВМК через мочевого пузырь не сопровождалось осложнениями и пациентки были выписаны из стационара на 5-е сутки.

**Обсуждение.** Одним из осложнений установки ВМК является перфорация матки с расположением всего ВМК или его части за пределами полости матки, что может привести к транслокации части ВМК в полость мочевого пузыря. Транслокация ВМК возможна при частичном или полном повреждении стенки перешейка, шейки или тела матки в ходе установки ВМК.

**Заключение.** Пациенткам с установленным ВМК и частыми атаками острого цистита необходимо выполнять цистоскопию с целью исключения перфорации мочевого пузыря внутриматочным контрацептивом. Экстракция ВМК трансуретрально с использованием операционного цистоскопа и щипцов технически не сложна и не сопровождается интраоперационными, ранними или поздними послеоперационными осложнениями.

**Ключевые слова:** клинический случай; мочевого пузырь; внутриматочные контрацептивы; симптомы нижних мочевых путей; транслокация; эндоскопия

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки. **Конфликт интересов.** Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов. **Информированное согласие.** Пациентки подписали информированное согласие на обработку и публикацию персональных данных и медицинских сведений о заболевании.

✉ **Корреспондирующий автор:** Александр Николаевич Нечипоренко; nechiporenko\_al@mail.ru

**Поступила в редакцию:** 14.02.2024. **Принята к публикации:** 09.04.2024. **Опубликована:** 26.06.2024.

**Для цитирования:** Нечипоренко А.Н. Два случая лечения транслокации внутриматочного контрацептива в мочевого пузыря. *Вестник урологии.* 2024;12(3):141-145. DOI: 10.21886/2308-6424-2024-12-3-141-145.

## Two management cases of intrauterine device translocation to the bladder

© Alexander N. Nechiporenko

Grodno State Medical University [Republic of Belarus, Grodno]

### Abstract

**Introduction.** Intrauterine devices (IUDs) are widely used worldwide. One of the rare but serious complications is uterine perforation and the penetration of an IUD through the uterine wall into the bladder. In this report, we present two cases of IUD removal from the bladder wall.

**Clinical case.** Two patients were referred for recurrent episodes of dysuria. Medical imaging and cystoscopy revealed a foreign body in the bladder wall, which was confirmed to be an IUD that had been inserted into the uterine cavity several years prior and partially migrated into the bladder lumen. Both patients underwent successful transurethral surgery, with complete removal of the IUD without fragmentation.

**Discussion.** The removal of the IUD through the bladder did not cause any complications, and the patients were discharged from the hospital after five days. The translation of the IUD is possible if there is partial or complete damage to the wall of the cervix, isthmus or uterine body during the installation of the device.

**Conclusion.** Patients with an IUD in place and frequent episodes of acute cystitis should have a cystoscopy to rule out bladder perforation caused by the IUD. The removal of the IUD through the urethra using a cystoscope and forceps is a relatively simple procedure that does not usually cause any intraoperative, immediate or delayed postoperative complications.

**Keywords:** clinical case; bladder; intrauterine device; lower urinary tract symptoms; translocation; endoscopy;

**Financing.** The study was not sponsored. **Conflict of interest.** The author declares no conflicts of interest. **Informed consent.** All patients signed an informed consent to process and publish their personal anonymized data.

✉ **Corresponding author.** Alexander N. Nechiporenko; nechiporenko\_al@mail.ru

**Received:** 02/14/2024. **Accepted:** 04/09/2024. **Published:** 06/26/2024.

**For citation:** Nechiporenko A.N. Two management cases of intrauterine device translocation to the bladder. *Urology Herald*. 2024;12(3):141-145. (In Russ.) DOI: 10.21886/2308-6424-2024-12-3-141-145.

## Введение

Одним из основных методов контрацепции во всём мире является установка внутриматочных контрацептивов. Метод эффективен и дешёв в применении. Отличается незначительным количеством осложнений и осложнения эти не являются тяжёлыми. Одним из наиболее тяжёлых осложнений установки ВМК является перфорация матки с транслокацией ВМК в соседние органы.

В современной зарубежной специальной литературе приводятся единичные клинические наблюдения пациенток с выявленной транслокацией ВМК в мочевого пузырь, толстую кишку, желудок, мочеточник [1 – 5].

Для извлечения расположенного вне матки ВМК используются различные методы хирургического лечения: открытые операции, лапароскопические, робот-ассистированные, трансуретральные, комбинированные [3, 6 – 8].

**Цель исследования.** Представить данные двух случаев извлечения ВМК из мочевого пузыря в клинике урологии Гродненского государственного медицинского университета.

## Клиническое наблюдение

### Случай 1

Пациентка И., 35 лет, поступила в 2023 году с жалобами на ноющие боли в пояснице справа и надлонной области, периодический субфебрилитет, учащённое мочеиспускание с болями.

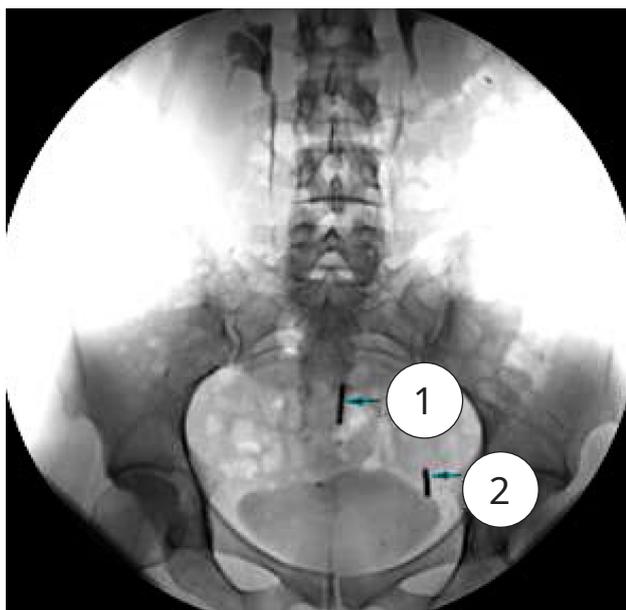
Симптомы отмечает в течение двух лет. После вторых родов через естественные

родовые пути обратилась в женскую консультацию по месту жительства (2021 год) с целью установки внутриматочного контрацептива, что и было выполнено. Однако пациентка отмечала сильные боли во время установки ВМК и выделение крови из половых путей в течение трёх дней. При контрольном осмотре акушером-гинекологом ВМК обнаружен не был. Врачом была предложена «потеря» пациенткой ВМК, был установлен новый ВМК. Повторная установка ВМК прошла безболезненно и без выделения крови из влагалища.

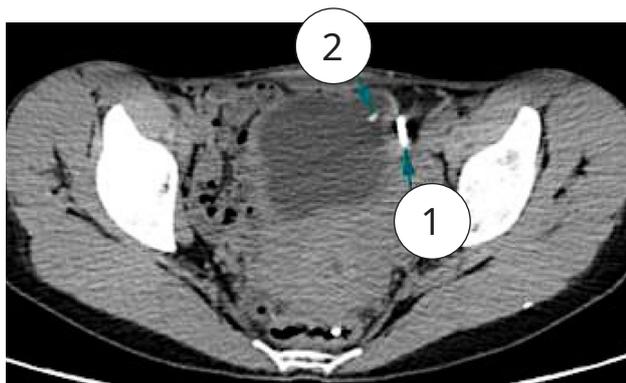
Пациентка обследована. При физикальном исследовании патологических изменений выявлено не было. Лабораторно: показатели общего анализа крови и биохимического анализа крови в пределах референсных диапазонов; в общем анализе мочи — лейкоциты 5х' – 8х'; по результатам микробиологического исследования мочи, роста микрофлоры в значимом титре не выявлено.

**УЗИ.** Почки примерно равновеликие, подвижные, паренхима 16 – 17 мм с обеих сторон, чашечно-лоханочная система не расширена.

**Обзорная и экскреторная урография.** В проекции малого таза две высокоплотные линейные тени: первая — 3,0 x 28,5 мм на уровне нижней трети крестца, практически срединно; вторая — 3,0 x 18,3 мм на 30 мм выше верхней ветви лобковой кости и на 55 мм левее срединной линии. На 7' обе почки выделяют контрастное вещество, чашечно-лоханочные системы несколько атоничны, мочеточники цистоидны (рис. 1).



**Рисунок 1.** Экскреторная урограмма на 7': 1 и 2 — линейные тени в проекции малого таза

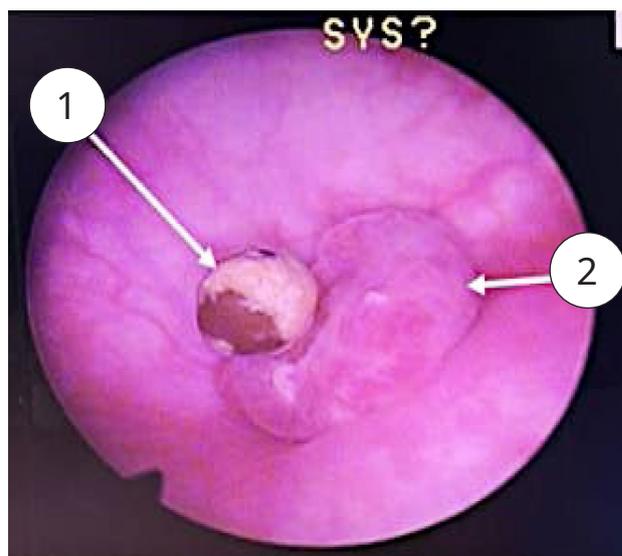


**Рисунок 2.** Нативная компьютерная томография таза: 1 — паравезикальная гиперденсивная структура; 2 — конкремент на внутрипузырной части инородного тела

*Компьютерная томография таза, нативная.* Инородное тело частично металлической плотности вдоль левой стенки мочевого пузыря, с интравезикальным пролабированием, наличием конкремента 5 мм, не отграниченного от внутрипузырной части инородного тела (рис. 2). Инородное тело в полости матки.

*Цистоскопия.* Ёмкость мочевого пузыря 250 мл. Устья щелевидные, на валиках. На левой стенке в верхнем сегменте мочевого пузыря дополнительное тканевое образование до 10 мм в диаметре, покрытое слизистой, из которого в мочевой пузырь выступает округлое инородное тело, покрытое солями разного цвета (рис. 3).

Клинический диагноз — «Транслокация



**Рисунок 3.** Цистоскопия: 1 — округлое инородное тело, покрытое солями, на левой боковой стенке мочевого пузыря; 2 — дополнительное тканевое образование

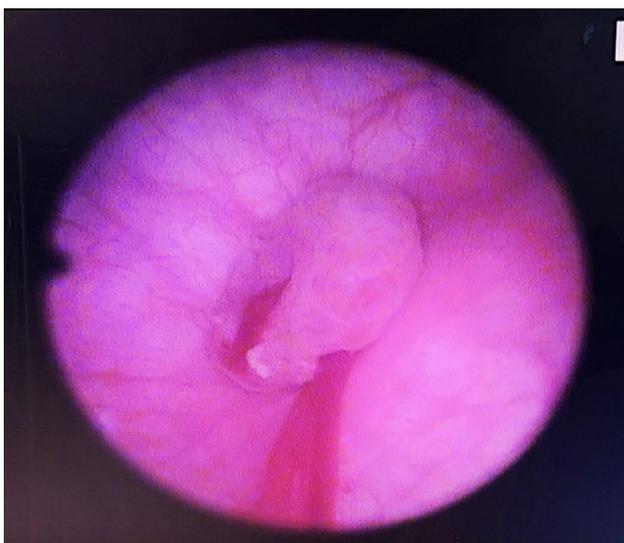


**Рисунок 4.** Цистоскопия: освобождённая от солей шаровидная оконечность плеча ВМК

внутриматочного контрацептива в паравезикальное пространство, перфорация стенки мочевого пузыря плечом внутриматочного контрацептива с отложением мочевых солей на нем; рецидивирующий цистит».

Оперативное лечение: трансуретральная экстракция внутриматочного контрацептива.

В ходе операции при попытке захватить щипцами ВМК с последнего был снят налёт отложившихся мочевых солей (рис. 4). ВМК, захваченный за его шаровидную оконечность плеча щипцами, с некоторым



**Рисунок 5.** Цистоскопия: место расположения удалённого ВМК, незначительное выделение крови в просвет мочевого пузыря



**Рисунок 6.** Извлечённый внутриматочный контрацептив

усилием был вытянут сначала в просвет мочевого пузыря, а затем и извлечён наружу. После извлечения ВМК кровотечения в просвет мочевого пузыря не отмечено (рис. 5). ВМК извлечён полностью, без повреждений (рис. 6). Операция закончена установкой катетера Foley № 18 Ch в мочевой пузырь.

Ранних послеоперационных осложнений не было. Катетер Foley извлечён на 4-е сутки. На 5-е сутки пациентка выписана из стационара без жалоб.



**Рисунок 7.** Цистоскопия, контроль через 3 месяца после операции: зона прежнего расположения внутриматочного контрацептива

Пациентка осмотрена через 1 и 3 месяца. Жалоб со стороны органов мочевой системы не предъявляет. Показатели общего анализа мочи в пределах референсных диапазонов. Контрольная цистоскопия через 3 месяца показала небольшой рубец в зоне прежнего расположения ВМК (рис. 7).

### Случай 2

Пациентка Ж., 42 лет поступила в 2004 году с жалобами на атаки цистита в течение 5 лет 4 – 5 раз в год.

В 1994 году пациентке был установлен ВМК. В течение 10 лет замена ВМК не производилась.

Анализ крови и анализы мочи (общий, посев на флору и чувствительность к антибиотикам) в пределах референсных диапазонов. При цистоскопии на задней стенке мочевого пузыря в среднем сегменте инородное тело в виде плеча Т-образного ВМК.

Выполнено трансуретральное оперативное лечение. ВМК удалён полностью, без повреждений последнего. Уретральный катетер извлечён на 4-е сутки и на 5-е сутки пациентка выписана из стационара. Ранних и поздних послеоперационных осложнений не было.

### Обсуждение

Согласно литературным данным и результатам собственных наблюдений у пациенток с инородными телами в мочевом пузыре — транслоцировавшими внутриматочными контрацептивами, основными

жалобами являются учащённое и болезненное мочеиспускание, то есть симптомы нижних мочевых путей, патологические изменения в общем анализе мочи. Применение рутинных урологических методов исследования (цистоскопия, экскреторная урография) позволяет выявить перфорацию мочевого пузыря и нахождение части ВМК в мочевом пузыре. Подтверждающим методом является цистоскопия.

Применение наименее травматичного и дешёвого метода лечения — трансуретрального извлечения ВМК с помощью операционного цистоскопа и щипцов является эффективным подходом и не сопровождается осложнениями.

С нашей точки зрения, причиной транслокации ВМК в мочевой пузырь являются нарушения техники установки ВМК в полость матки, при которых частично или

полностью перфорируется стенка шейки, перешейка или тела матки.

### Выводы

1. Одним из осложнений установки ВМК является перфорация матки с расположением всего ВМК или его части за пределами полости матки, что может привести к транслокации части ВМК в полость мочевого пузыря.

2. Экстракция ВМК трансуретрально с использованием операционного цистоскопа и щипцов технически несложна и не сопровождается интраоперационными, ранними или поздними послеоперационными осложнениями.

3. Пациенткам с установленным ВМК и частыми атаками острого цистита необходимо выполнять цистоскопию с целью исключения перфорации мочевого пузыря внутриматочным контрацептивом.

### Список литературы | References

1. Liu G, Li F, Ao M, Huang G. Intrauterine devices migrated into the bladder: two case reports and literature review. *BMC Womens Health*. 2021;21(1):301. DOI: 10.1186/s12905-021-01443-w
2. Давидов М.И., Лядов А.А. Инородное тело мочевого пузыря – внутриматочный контрацептив. *Урология*. 2021;(2):82-85. Davidov MI, Lyadov AA. Foreign body in the urinary bladder intrauterine device. *Urologiya*. 2021;(2):82-85. (In Russian). DOI: 10.18565/urology.2021.2.82-85.
3. Toh WL, Lim WW, Tan WKA, Lim SKJ. An Unusual, Delayed Presentation of a Migrated Intrauterine Contraceptive Device Into the Rectosigmoid Colon. *Cureus*. 2023;15(8):e42851. DOI: 10.7759/cureus.42851
4. Sabbahi RA, Battyah ES, Sabbahi AA. A 47-Year-Old Woman with Gastric Transmigration of an Intrauterine Contraceptive Device Managed by Laparoscopic Wedge Gastric Resection. *Am J Case Rep*. 2021;22:e929469. DOI: 10.12659/AJCR.929469
5. Wang L, Li Y, Zhao XP, Zhang WH, Bai W, He YG. Hydronephrosis caused by intrauterine contraceptive device migration: three case reports with literature review. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2017;44(2):301-304. PMID: 29746046
6. Akhtar OS, Rasool S, Nazir SS. Migrated Intrauterine Contraceptive Devices: A Case Series and a Suggested Algorithm for Management. *Cureus*. 2021;13(1):e12987. DOI: 10.7759/cureus.12987
7. Moy BM, Andino JJ, Sadeghi Z, Gupta P. Da Vinci-assisted laparoscopic removal of an intrauterine device in the bladder. *Int J Gynaecol Obstet*. 2022;159(2):601-603. DOI: 10.1002/ijgo.14343
8. Kiangte E, Kiangte IN, Naiding NN, Deka K, Bathari R, Doungel JH. A rendezvous technique using laparoscopy and cystoscopy to remove transmigrated intrauterine contraceptive device from abdomen and urinary bladder. *J Minim Access Surg*. 2022;18(4):613-615. DOI: 10.4103/jmas.jmas\_216\_21

### Сведения об авторе

**Александр Николаевич Нечипоренко** — д-р мед. наук, доцент  
<https://orcid.org/0000-0002-3304-6393>  
[nechiporenko\\_al@mail.ru](mailto:nechiporenko_al@mail.ru)

### Information about the author

**Alexander N. Nechiporenko** — Dr.Sc.(Med), Assoc. Prof. (Docent)  
<https://orcid.org/0000-0002-3304-6393>  
[nechiporenko\\_al@mail.ru](mailto:nechiporenko_al@mail.ru)