

# Редкое клиническое наблюдение миграции внутриматочной спирали в мочевого пузыря

**Р.Н. Трушкин, А.Е. Лубенников, Н.А. Шевченко, О.В. Поликарпова**

ГБУЗ Городская Клиническая Больница № 52 Департамента здравоохранения г. Москвы, Российская Федерация

**Ответственный за контакт с редакцией:** Лубенников Александр Евгеньевич, [lualev@yandex.ru](mailto:lualev@yandex.ru)

**Актуальность.** В настоящее время существует около 50 видов внутриматочной контрацепции, которые предпочитают свыше 100 миллионов женщин в мире с целью предохранения от нежелательной беременности.

**Материалы и методы.** В статье приводится описание клинического случая миграции внутриматочной спирали ВМС в полость мочевого пузыря, которая была установлена в женской консультации за полтора года до повторного обращения. Спираль была Т-образной формы с медной обмоткой. Первым клиническим проявлением была диспареуния, затем больная стала отмечать дизурию. Диспареуния развилась сразу после установки спирали.

Миграция спирали была заподозрена при УЗИ мочевого пузыря и органов малого таза и подтверждена при компьютерной томографии без контрастного усиления. Направлена для оперативного лечения в ГБУЗ ГКБ 52 ДЗ г. Москвы. Проведена попытка трансуретральной эндоскопической экстракции спирали, которая не увенчалась успехом. Выполнена лапароскопическая резекция участка левой стенки мочевого пузыря, содержащего спираль. Выписана на 7-е сутки после хирургического вмешательства. При контрольном осмотре жалоб нет, чувствует себя удовлетворительно.

**Выводы.** При выявлении миграции ВМС в стенку мочевого пузыря первым этапом показана трансуретральная эндоскопическая экстракция с цистолитотрипсией при необходимости. При неэффективности эндоскопического пособия целесообразна открытая цистотомия, либо лапароскопическая резекция стенки мочевого пузыря с ВМС.

**Ключевые слова:** инородное тело мочевого пузыря, внутриматочная спираль, миграция внутриматочной спирали, лапароскопическая резекция мочевого пузыря.

**Для цитирования:** Р.Н. Трушкин, А.Е. Лубенников, Н.А. Шевченко, О.В. Поликарпова. Редкое клиническое наблюдение миграции внутриматочной спирали в мочевого пузыря. Экспериментальная и клиническая урология 2019;(3):182-184

DOI: 10.29188/2222-8543-2019-11-3-182-184

## A rare clinical case of migration of intrauterine device into the bladder

**R.N. Trushkin, A.E. Lubennikov, N.A. Shevchenko, O.V. Polikarpova**

State hospital № 52, Moscow Department of Health

**Contacts:** Lubennikov Aleksandr Evgenievich, [lualev@yandex.ru](mailto:lualev@yandex.ru)

**Relevance.** Currently, there are about 50 types of intrauterine contraception, which are preferred by over 100 million women in the world to protect against unwanted pregnancy.

**Materials and methods.** The article describes the clinical case of migration of the intrauterine device into the bladder cavity, which was established in the women's consultation for a year and a half before re-treatment. The device was T shaped with copper winding. The first clinical manifestation was dyspareunia, then the patient began to note dysuria. Dyspareunia developed immediately after the installation of the spiral. Migration was suspected by ultrasound of the bladder and pelvic organs and confirmed by computed tomography without contrast enhancement. Sent to surgical treatment in the city hospital 52. An attempt of transurethral, endoscopic extraction of the spiral, which was not successful, was made. Laparoscopic resection of the area of the left wall of the bladder containing the spiral was performed. She was discharged on the 7th day after surgery. At the control examination there were no complaints and feels well.

**Conclusion.** When detecting migration of the intrauterine device into the wall of the bladder, the first stage shows transurethral, endoscopic extraction with cystolithotripsy, if necessary. If the endoscopic aid is ineffective, an open cystotomy or laparoscopic resection of the bladder wall with an intrauterine device is advisable.

**Key words:** foreign body of the bladder, intrauterine device, migration of the intrauterine device, laparoscopic resection of the bladder.

**For citation:** Lubennikov A.E., Trushkin R.N., Shevchenko N.A., Polikarpova O.V. A rare clinical case of migration of intrauterine device into the bladder. Experimental and clinical urology 2019;(3):182-184

**В** настоящее время существует около 50 видов внутриматочной контрацепции, которые предпочитают свыше 100 миллионов женщин в мире с целью предохранения от нежелательной беременности [1]. В настоящее время в основном применяют медь- или серебросодержащие внутриматочные средства (ВМС), а также гормональные ВМС, постепенно выделяющие половые гормоны (прогестерон). Чаще всего используют спираль в виде буквы Т с медной обмоткой на вертикальной ветви.

При введении ВМС одним из серьезных осложнений является перфорация матки с выходом спирали за ее пределы [2,3,4]. Это осложнение чаще возникает в момент введения ВМС и составляет 1,9–4,9 случаев на 1000 введений [5]. В литературном обзоре, проведенном В. Kassab и соавт. сообщается о 165 случаях миграции ВМС в следующие органы: сальник – 45, сигмовидная кишка – 44, брюшина – 41, мочевого пузырь – 23, аппендикс – 8, тонкая кишка – 2, придатки матки – 1, подвздошная вена – 1 [6]. Описан случай миграции ВМС в мочеточник с развитием терминального гидронефроза, в связи с чем пациентке выполнена нефрэктомия [7].

При миграции ВМС в стенку мочевого пузыря пациентки отмечают дизурию, диспареунию, может наблюдаться макрогематурия. Нередко на спирали формируется мочевого камень, усугубляющий симптоматику [3,4,6].

В подавляющем большинстве случаев удается удалить внутриматочную спираль из мочевого пузыря эндоскопическим, трансуретральным путем, при необходимости проводится контактная цистолитотрипсия [8]. Однако в ряде случаев приходится прибегнуть к цистотомии или лапароскопической резекции мочевого пузыря [9,10]. Приводим собственное клиническое наблюдение.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Больная Г., 45 лет, поступила 01.04.2019 в отделение гинекологии ГБУЗ ГКБ 52 ДЗ г. Москвы по направлению из женской консультации по месту жительства, где во время УЗИ и последующей компьютерной томографии выявлена миграция ВМС в левую стенку мочевого пузыря (рис. 1). В женскую консультацию пациентка обратилась спустя полтора года с момента установки ВМС.

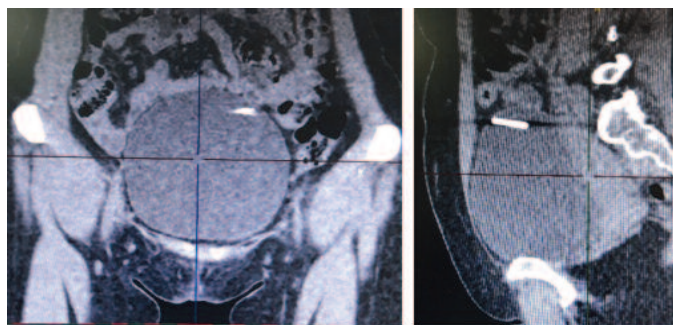


Рис. 1. А, Б. МСКТ мочевого пузыря. Перфорация внутриматочной спиралью с медной обмоткой левой стенки пузыря, ближе к апексу по задней полуокружности  
Fig. 1. A, B. MSCT of the bladder. Perforation with an intrauterine device with a copper winding of the left wall of the bladder, closer to the apex in the posterior semicircle

При поступлении в стационар пациентка предъявляла жалобы на диспареунию, urgentное недержание мочи, боль над лоном при наполненном мочевом пузыре.

Акушерский анамнез: беременностей – 4, родов – 3, последние в 2016 году, аборт на сроке 12 недель в 2010 году, контрацепция ВМС с 2011 по 2015 гг. Страдает эрозией шейки матки.

При поступлении в ГБУЗ ГКБ 52 ДЗ г. Москвы в общем анализе крови: гемоглобин 114 г/л, эритроциты  $4,13 \times 10^{12}/л$ , тромбоциты  $138 \times 10^9/л$ , лейкоциты  $4,9 \times 10^9/л$ , в общем анализе мочи – цвет соломенно-желтый, рН 6,5, реакция на кровь +++, лейкоциты 25 кл. в 1 мкл., нитриты отрицательно.

При цистоскопии в полости мочевого пузыря на левой боковой стенке, ближе к верхушке, визуализирована вертикальная ветвь с медной обмоткой и одно плечо ВМС (рис. 2). Предпринята попытка трансуретральной экстракции ВМС под внутривенным наркозом. Извлечь спираль не удалось, и пациентка была переведена в операционный блок.



Рис. 2. Цистоскопия. Видна вертикальная ветвь ВМС с медной обмоткой  
Fig. 2. Cystoscopy. A vertical branch of the intrauterine device with a copper winding is visible

02.04.2019 под эндотрахеальным наркозом выполнена лапароскопическая операция, при которой было отмечено, что к передней стенке живота в полости таза левее срединной пупочной связки прилежит прядь большого сальника, в нем визуализировано одно плечо ВМС, а оставшаяся часть спирали уходит в детрузор немного ниже и левее апекса. Проведена мобилизация сальника от передней брюшной стенки с использованием ультразвукового скальпеля Harmonic, далее мобилизован детрузор с ВМС от покрывающей его брюшины. Выполнена резекция стенки мочевого пузыря с ВМС с помощью «холодных» ножниц (рис. 3).

Мочевой пузырь ушит непрерывным швом с использованием нити V-люс, дренирован уретральным катетером Фолея 18Сн. При ретроградной цистографии через 6 суток экстравазации контрастного препарата не отмечено, уретральный катетер удален, швы сняты. Заживление послеоперационных ран в местах установки лапароскопических портов первичным натяжением. Выписана пациентка на 7-е сутки в удовлетворительном

состоянии. При контрольном осмотре через две недели состояние удовлетворительное, дизурии нет.

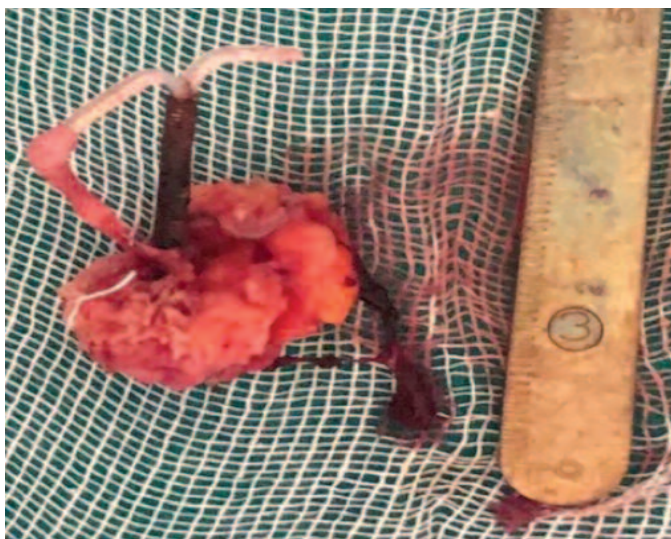


Рис. 3. Макропрепарат резецированного участка мочевого пузыря с ВМС  
Fig. 3. A macro preparation of the resected bladder with an intrauterine device

## ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ представленного случая, а также литературных данных [2-10] демонстрирует следующие особенности клинической картины миграции ВМС: симптомы зачастую развиваются не сразу после установки, порой проходят годы, десятилетия, а в ряде случаев симптомы отсутствуют [11,12,13]. Вероятно, это связано с тем, что миграция спирали в соседние органы происходит постепенно в результате сокращения матки. При миграции в мочевой пузырь пациенты предъявляют жалобы на диз-

урию, диспареунию, иногда макрогематурию. Очень часто на момент диагностики дислокации ВМС в мочевой пузыре на ней формируются камни.

Миграцию спирали можно заподозрить при обычной рентгенографии органов малого таза. Для уточнения локализации наиболее информативным методом является компьютерная томография [11,12].

В подавляющем большинстве публикаций ВМС из мочевого пузыря извлекалась трансуретральным, эндоскопическим доступом [13], при необходимости проводится контактная цистолитотрипсия. В нашем случае попытка эндоскопического пособия не увенчалась успехом, вероятно, по причине спаянности ВМС с сальником, что было отмечено при последующей лапароскопии.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У пациенток, страдающих длительной дизурией, малой эффективностью антибактериальной терапии необходим тщательный сбор акушерского анамнеза, уточнение факта использования ВМС. Дислокацию ВМС возможно визуализировать при УЗИ мочевого пузыря, органов малого таза. Уточняющими методами являются рентгенологические (обзорная рентгенография, МСКТ) и цистоскопия.

При выявлении миграции ВМС в стенку мочевого пузыря первым этапом показана трансуретральная, эндоскопическая экстракция с цистолитотрипсией при необходимости. При неэффективности эндоскопического пособия целесообразна открытая цистотомия, либо лапароскопическая резекция стенки мочевого пузыря с ВМС. ■

## ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

- Kandirali E, Mehmet AT, Atilla S, Ahmet M. Double intrauterine device: presented with protruding stone. *Marmara Med J* 2008;21(1):061-063.
- Kumar S, Murugavaithianathan P, Kalpesh P. When an Intrauterine Device Is Not Intrauterine. *J Obstet Gynaecol Can* 2016 May;38(5):423-4. doi: 10.1016/j.jogc.2016.03.008.
- Yalçın V1, Demirkesen O, Alici B, Onol B, Solok V. An unusual presentation of a foreign body in the urinary bladder: A migrant intrauterine device. *Urol Int* 1998;61(4):240-2. PMID: 10364758 doi: 10.1159/000030338
- Jievaltienė G, Surgontaitė D, Aniuilienė R, Venskutonis D. Intrauterine device penetrating the anterior urinary bladder wall discovered during caesarean section: a case report. *J Obstet Gynaecol* 2019 3:1-3. doi: 10.1080/01443615.2019.1637404. PMID: 31478413 DOI: 10.1080/01443615.2019.1637404
- Farmer M, Webb A. Intrauterine device insertion-related complications: can they be predicted? *J Fam Plan Reprod Health Care R Coll Obstet Gynaecol* 2003;29(4):227-231. doi: 10.1783/147118903101197854.
- Kassab B, Audra P. The migrating intrauterine device. Case report and review of the literature. *Contracept Fertil Sex* 1999;10:696-700.
- Li X1, Li H2, Li C2, Luo X3, Song Y4, Li S2, Luo S1, Wang Y. Migration of an intrauterine device causing severe hydronephrosis progressing to renal failure: A case report. *Medicine (Baltimore)*.2019;98(3): 13872. doi: 10.1097/MD.000000000013872.

- Gyasi-Sarpong CK, Maison PO, Morhe E, Aboah K, Appiah KA, Azorliade R, et al. Intravesical migration of an intrauterine device. *BMC Res Notes* 2016;9:4.
- Mascarenhas MP, Tiraboschi RB, Paschoalin VP, Costa EAP, Suzuki Bellucci CH, Bessa Junior J, et al. Exercise-induced hematuria as the main manifestation of migration of intrauterine contraceptive device into the bladder. *Case Rep Urol Case Rep Urol* 2012;2012:736426.
- Tosun M, Celik H, Yavuz E, Cetinkaya MB. Intravesical migration of an intrauterine device detected in a pregnant woman. *Can Urol Assoc J* 2010;4(5):E141-E143.
- Clancy AA, Gerridzen R, Pascali D. Intrauterine device visualized as extrinsic bladder mass on cystoscopy. *Int Urogynecol J* 2017 Sep;28(9):1429-1430. doi: 10.1007/s00192-017-3382-8. Epub 2017 Jun 7. PMID: 28593368 DOI: 10.1007/s00192-017-3382-8.
- Oraif A, Awadalla A. Intrauterine device embedded in the mesentery of the small bowel. *J Obstet Gynaecol Can* 2011;33(10):987. doi: 10.1016/S1701-2163(16)35042-3. PMID: 22014773 DOI: 10.1016/S1701-2163(16)35042-3
- Vahdat M, Gorginzadeh M, Mousavi AS, Afshari E, Ghaed MA. Cystoscopic removal of a migrated intrauterine device to the bladder; a case report. *Contracept Reprod Med* 2019;4:7. doi: 10.1186/s40834-019-0089-x.

### Сведения об авторах:

Трушкин Р.Н. – кандидат медицинских наук, заведующий урологическим отделением ГБУЗ ГКБ № 52 Департамента здравоохранения города Москвы, [uro52@mail.ru](mailto:uro52@mail.ru), AuthorID 454825  
Trushkin R.N. – PhD, head of department of urology. State hospital № 52, Moscow Department of Health, [uro52@mail.ru](mailto:uro52@mail.ru), ORCID 0000-0002-3108-0539  
Лубенников А.Е. – кандидат медицинских наук, врач-уролог урологического отделения ГБУЗ ГКБ № 52 Департамента здравоохранения города Москвы, [lualev@yandex.ru](mailto:lualev@yandex.ru)  
Lubennikov A.E. – PhD, urologist of department of urology. State hospital № 52, Moscow Department of Health, [lualev@yandex.ru](mailto:lualev@yandex.ru), ORCID 0000-0001-5887-2774  
Шевченко Н.А. – кандидат медицинских наук, заведующий гинекологическим отделением ГБУЗ ГКБ № 52 Департамента здравоохранения города Москвы, [gkb52@zdrav.mos.ru](mailto:gkb52@zdrav.mos.ru), AuthorID 592282  
Shevchenko N.A. – PhD, head of department of gynecology. State hospital № 52, Moscow Department of Health, [gkb52@zdrav.mos.ru](mailto:gkb52@zdrav.mos.ru)  
Поликарпова О.В. – врач-гинеколог гинекологического отделения ГБУЗ ГКБ № 52 Департамента здравоохранения города Москвы, [gkb52@zdrav.mos.ru](mailto:gkb52@zdrav.mos.ru)  
Polikarpova O.V. – gynecologist of department of gynecology. State hospital № 52, Moscow Department of Health, [gkb52@zdrav.mos.ru](mailto:gkb52@zdrav.mos.ru)

### Вклад авторов:

Трушкин Р.Н. – анализ релевантных научных публикаций по теме, 20%  
Лубенников А.Е. – поиск и обзор публикаций по теме исследования, сбор и анализ данных, 40%  
Шевченко Н.А. – подведение итогов исследования, 20%  
Поликарпова О.В. – написание текста рукописи, 20%

### Authors' contributions:

Trushkin R.N. – analysis of relevant literature, 20%  
Lubennikov A.E. – search and analysis of publications on the topic of the article, data collection and analysis, 40%  
Shevchenko N.A. – research summary, 20%  
Polikarpova O.V. – article writing, 20%

**Конфликт интересов:** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.  
*Conflict of interest.* The authors declare no conflict of interest.

**Финансирование:** Исследование проведено без спонсорской поддержки.

*Financing.* The study was performed without external funding.

**Статья поступила:** 15.08.19.

*Received:* 15.08.19

**Принята к публикации:** 29.08.19.

*Accepted for publication:* 29.08.19.