

# Asymptomatic small bowel serosa translocation of intra uterine device, A case report

S. Moradan<sup>1</sup>

Associate Professor Department of Obstetrics<sup>1</sup>, Research Center of Abnormal Uterine Bleeding, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran.

(Received 15 Oct, 2012

Accepted 7 Apr, 2013)

## Case Report

### Abstract

**Introduction:** One of the serious complications of intra uterine device (IUD) is uterine perforation and displacement to abdominal organs. Displacement is usually accompanied with abdominal or pelvic pain and absence of string in vaginal examination. Therefore, it was decided to report an asymptomatic case of translocation of IUD to small bowel serosa with presence of string in vaginal exam.

**Patients:** A 30 years old woman was candidate for elective laparoscopic tubectomy 4 months after IUD insertion. One month after IUD insertion transabdominal ultrasonography showed her IUD in proper position in uterine cavity. During the laparoscopy, tubal ligation omentum and small bowel adhesion to uterus were present. After adhesionlysis the IUD was embedded in serosa of small bowel and the string was present in uterine cavity. So, IUD removal was performed by laparoscopic grasp and there was no post operative complication.

**Conclusion:** IUD translocation might be asymptomatic and presence of string in physical exam could not rule out the translocation.

*Correspondence:*  
S. Moradan, MD.  
Research Center of Abnormal  
Uterine Bleeding, Semnan  
University of Medical Sciences,  
Semnan, Iran  
Tel: +98 9121318046  
Email:  
sm42595@yahoo.com

**Key words:** Intra Uterine Devices – Translocation - Uterine Perforation

**Citation:** Moradan S. Asymptomatic small bowel serosa translocation of intra uterine device, A case report. Hormozgan Medical Journal 2014;18(2):162-166.

## گزارش یک مورد جابه‌جایی بدون علامت آی یو دی به سرورز روده کوچک

صنم مرادان<sup>۱</sup>

<sup>۱</sup> دانشیار، گروه زنان، مرکز تحقیقات خونریزی‌های غیرطبیعی رحم، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران.

مجله پزشکی هرمزگان سال هجدهم شماره دوم ۹۳ صفحات ۱۶۶-۱۶۲

### چکیده

**مقدمه:** یکی از عوارض جدی گذاشتن IUD پارگی رحم و جابه‌جایی آن به داخل ارگانهای مختلف شکمی است که معمولاً این جابه‌جایی با درد شکم یا لگن و عدم رویت نخ IUD همراه است. لذا در این گزارش موردی یک مورد از جابه‌جایی IUD به داخل حفره شکم و سرورز روده کوچک بدون وجود هیچگونه علائم و همراه با رویت نخ IUD از سرویکس را گزارش می‌نماییم.

**گزارش مورد:** خانم ۳۰ ساله‌ای ۴ ماه بعد از گذاشتن IUD در دوران شیردهی که یک ماه بعد از گذاشتن آن با سونوگرافی وجود آن در موقعیت مناسب در حفره اندومتر تأیید شده بود جهت انجام توپکتومی به صورت الکتیو مراجعه و جهت توپکتومی به روش لاپاراسکوپ و خروج IUD به دنبال آن بستری شد. حین لاپاراسکوپ چسبندگی انتوم و روده کوچک به فوندوس رحم مشاهده می‌شود که بعد از آزاد کردن چسبندگی IUD که با سوراخ کردن کورن سمت چپ رحم وارد حفره شکم و وارد ناحیه سرورز روده کوچک شده مشاهده می‌شود و انتهای IUD و نخ آن هنوز داخل حفره رحم وجود داشت. با گراسپ لاپاراسکوپ بدون هیچ عارضه خاصی IUD خارج می‌شود و لوله‌ها بسته می‌شود.

**نتیجه‌گیری:** جابه‌جایی IUD ممکن است بدون علامت بوده و رویت نخ IUD در معاینه فیزیکی رد کننده جا به جایی IUD نمی‌باشد.

**کلیدواژه‌ها:** آی یو دی - جابه‌جایی - پارگی رحم

نویسنده مسئول:  
دکتر صنم مرادان  
مرکز تحقیقات خونریزی‌های غیرطبیعی  
رحم، دانشگاه علوم پزشکی سمنان  
سمنان - ایران  
تلفن: +۹۸ ۹۱۲۱۳۱۸۰۴۶  
پست الکترونیکی:  
sm42595@yahoo.com

نوع مقاله: گزارش مورد

دریافت مقاله: ۹۱/۷/۲۴ اصلاح نهایی: ۹۱/۱۱/۲۵ پذیرش مقاله: ۹۲/۱/۲۸

ارجاع: مرادان صنم، گزارش یک مورد جابه‌جایی بدون علامت آی یو دی به سرورز روده کوچک، مجله پزشکی هرمزگان ۱۳۹۳؛ ۱۸(۲): ۱۶۶-۱۶۲

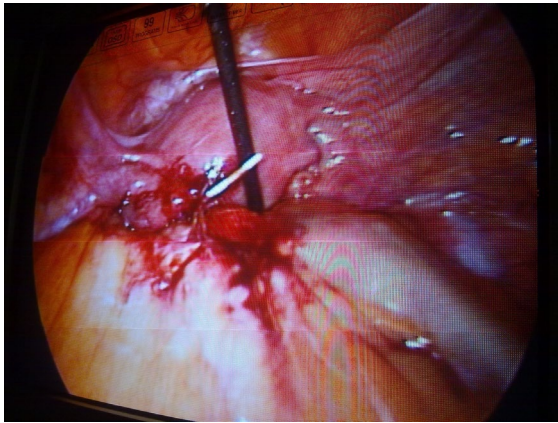
### مقدمه:

در صورت پارگی رحم و جا به جایی IUD روش رایج برای خارج کردن IUD در گذشته روش لاپاراتومی بود. ولی امروز خارج کردن آن با استفاده از لاپاراسکوپ به عنوان یک روش مؤثر و بدون خطر پذیرفته شده است و در مطالعه‌ای با انجام روش لاپاراسکوپ بر روی ۱۷۹ بیمار در ۱۱۵ بیمار (۶۴٪/۲) امکان خروج IUD با روش لاپاراسکوپ وجود داشت و لذا در این مطالعه به انجام لاپاراسکوپ به عنوان خط اول درمان جهت خروج IUD تأکید شده است (۳). در مطالعه دیگر بر روی ۱۵ بیمار با خروج IUD با روش لاپاراسکوپ هیچ گونه عارضه جدی گزارش نشده است (۴).

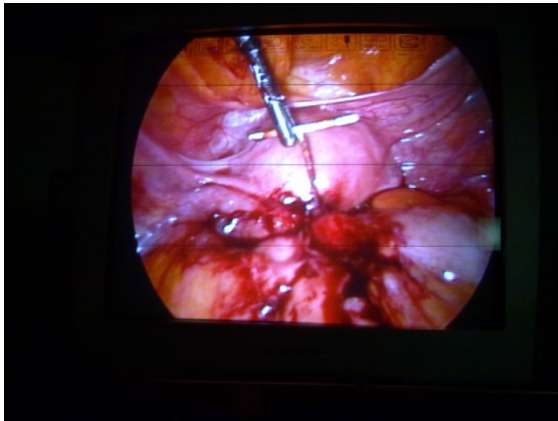
### معرفی بیمار:

خانم ۳۰ ساله‌ای، با سابقه سه بار زایمان طبیعی و ۲ فرزند زنده که ۸ ماه قبل زایمان و ۴ ماه پیش IUD از نوع مسی A ۳۸۰ گذاشته بود، جهت توپکتومی مراجعه کرد. بیمار یک ماه بعد

وسایل داخل رحمی (IUD) یکی از شایع‌ترین روشهای پیشگیری از بارداری در سراسر جهان می‌باشند. علاوه بر فواید بسیار زیاد این روش ممکن است با عوارضی هم همراه باشند. مهم‌ترین عارضه این روش‌ها پارگی رحم است. میزان بروز این عارضه حدود ۰/۲ تا ۹/۶ درصد در هزار مورد گذاشتن IUD است (۱). در صورتی که گذاشتن IUD با پارگی رحم همراه باشد، امکان جا به جایی و مهاجرت آن به ارگانهای نزدیک مثل مثانه یا روده کوچک زیاد است و مهمترین علائمی که به دنبال پارگی رحم اتفاق می‌افتد، دردناک بودن پروسه گذاشتن IUD و عدم رویت نخ IUD می‌باشد. تشخیص پارگی رحم و جا به جایی شدن IUD با انجام سونوگرافی و عکس‌برداری شکم امکان‌پذیر است و در صورت تشخیص باید اقدام فوری به خارج کردن IUD نمود (۲).



تصویر شماره ۱- آزاد کردن آی یو دی از بین سروز روده



تصویر شماره ۲- خارج کردن آی یو دی با استفاده از گراسپ لاپاراسکوپی

### بحث و نتیجه‌گیری:

پارگی رحم و جابه‌جایی IUD به دنبال گذاشتن IUD پدیده ناشایعی است که در برخی از موارد اتفاق می‌افتد. ولی این عارضه جدی‌ترین عارضه‌ای است که به دنبال گذاشتن IUD اتفاق می‌افتد (۵،۶). لذا پدیده جابه‌جایی IUD و پارگی رحم پدیده ناشایعی است که در مورد بیمار ما اتفاق افتاد.

روشهای مختلفی جهت تشخیص پارگی رحم و جا به جا شدن IUD به کار می‌رود که شامل X-ray شکم، سونوگرافی و MRI هستند و روشهایی مثل هیستروسکوپی و لاپاراسکوپی هم در جهت تشخیص و هم در جهت درمان این عارضه کاربرد دارد (۵). لاپاراسکوپی به عنوان اولین روش درمان انتخابی محسوب می‌شود (۷).

در مورد بیمار ما چون هیچ گونه علائمی نداشت و صرفاً جهت توبکتومی مراجعه کرده بود، روشهای تشخیصی فوق

از گذاشتن IUD با شکایت از درد زیر شکم به متخصص زنان مراجعه و مورد معاینه و سونوگرافی از نظر بررسی وضعیت IUD قرار می‌گیرد که در معاینه فقط عفونت کاندیدا داشته که درمان می‌شود و در معاینه و سونوگرافی IUD در موقعیت مناسب در کاویته قرار داشته است.

۳ ماه بعد بیمار به طور الکتیو کاندید بستن لوله‌های رحمی با روش لاپاراسکوپی شد. بیمار شکایتی از خونریزی غیرطبیعی یا دردهای شکمی نداشت و صرفاً به جهت اطمینان بیشتر و عدم تمایل به حاملگی بعدی خواستار بستن لوله‌های رحمی شد و یک روز قبل از عمل جراحی حین معاینه واژینال نخ IUD در سرویکس دیده شد.

پس از بستری در بیمارستان آزمایشات روتین انجام و تست حاملگی منفی بود. حین عمل جراحی با روش لاپاراسکوپی در ابتدا رحم، لوله‌ها و تخمدان‌ها قابل رویت نبود و در ناحیه حفره لگن امتنوم و روده‌ها به صورت فشرده بر روی هم وجود داشتند. لذا اقدام به دور کردن روده‌ها و امتنوم از ناحیه لگن شد که متوجه چسبندگی امتنوم و روده‌ها در فوندوس رحم شدیم که چسبندگی‌ها به تدریج آزاد و حین آزاد کردن چسبندگی‌ها IUD در لابلائی سروز روده کوچک که با سوراخ کردن ناحیه کورن چپ وارد حفره شکم شده بود، یافت شد. ولی نخ IUD هنوز داخل حفره رحم قرار داشت. لذا چسبندگی‌ها آزاد شد و IUD با گراسپ لاپاراسکوپی خارج شد. سروز روده و روده‌ها و امتنوم از نظر خونریزی بررسی و نقاط خونریزی‌دهنده هموستاز شد و کورن چپ رحم نیز از نظر خونریزی بررسی شد که خونریزی نداشت. لذا عمل جراحی بدون عارضه خاصی خاتمه یافت و بیمار در همان روز حدود ۸ ساعت بعد از عمل جراحی بدون مشکل خاصی از بیمارستان مرخص شد. با توجه به اینکه بیمار مذکور به دنبال گذاشتن IUD از عارضه خاصی مثل خونریزی غیرطبیعی و دردهای لگنی شاکی نبود و به طور اتفاقی در زمان انجام توبکتومی با ترانس لوکاسیون IUD روبرو شدیم، لذا تصمیم به گزارش این مورد گرفتیم.

بیمار ما خوشبختانه جابه‌جایی به داخل سرورز روده بود و منجر به آسیب روده نشد.

خروج IUD باید توسط فردی با تجربه که مهارت کافی جهت خروج آن دارد، انجام شود (۱۰) که در مورد بیمار ما نیز خروج آن توسط متخصص باتجربه که تجربه کافی در انجام لاپاراسکوپی داشت، صورت گرفت. لذا با توجه به اهمیت عارضه جابه‌جایی IUD و پارگی رحم به دنبال آن لازم است که همه افرادی که در مورد روشهای پیشگیری به بیماران آموزش می‌دهند، باید حین مشاوره تأکید بیشتری در رابطه با عوارض احتمالی IUD داشته باشند (۱۱) تا بیماران با آگاهی بیشتری در مورد روش پیشگیری خودشان تصمیم بگیرند.

انجام نشد. ولی به جهت تمایل بیمار و اعلام رضایت وی به انجام لاپاراسکوپی جهت توبکتومی، IUD جابه‌جا شده نیز از طریق روش لاپاراسکوپی تشخیص داده شد و خروج آن نیز از طریق لاپاراسکوپی انجام شد.

جابه‌جایی IUD معمولاً با علائمی مثل درد حین گذاشتن IUD و بعد از آن یا عدم رویت نخ IUD همراه است (۲). ولی در مورد بیمار ما هیچکدام از موارد فوق وجود نداشت و حتی انتهای نخ IUD از دهانه سرویکس درست روز قبل از عمل قابل رویت بود. لذا صرف عدم وجود علائم مذکور رد کننده جابه‌جایی IUD نمی‌باشد و در همه بیمارانی که IUD دارند، امکان جابه‌جایی آن وجود دارد.

در یک گزارش مروری توسط میراندا و همکاران وی که جابه‌جایی IUD اتفاق افتاده بود، درد قابل توجه شکم به دنبال گذاشتن IUD وجود داشت (۸). ولی در مورد بیمار ما هیچ گونه علائمی حین گذاشتن IUD و یا بعد از آن وجود نداشت.

جابه‌جایی IUD با پرزانتاسیونهای متعددی همراه است و در گزارشات متعدد انواع متفاوتی از جابه‌جایی‌ها گزارش شده است. در گزارشی جابه‌جایی IUD به آپاندیس (۱) و در گزارشی دیگر جابه‌جایی آن به روده کوچک که منجر به پارگی روده و نیاز به رزکسیون داشت، گزارش شده است (۹). در

## References

## منابع

1. Bozkurt M, Yumru AE, Coskun EI, Ondes B. Laparoscopic management of a translocated intrauterine device embedded in the gastric serosa. *J Pak Med Assoc.* 2011;61:1020-1022.
2. Kuś E, Swierczewski A, Pasiński J, Estemberg D, Brzozowska M, Kowalska-Koprek U, et al. Intrauterine contraceptive device in an appendix—a case report. *Ginekol Pol.* 2012;83:132-135.
3. Gill RS, Mok D, Hudson M, Shi X, Birch DW, Karmali S. Laparoscopic removal of an intra-abdominal intrauterine device: case and systematic review. *Contraception.* 2012;85:15-18.
4. Balci O, Capar M, Mahmoud AS, Colakoglu MC. Removal of intra-abdominal mislocated intrauterine devices by laparoscopy. *J Obstet Gynaecol.* 2011;31:650-652.
5. Grimaldi L, De Giorno F, Andreotta P, D'Alessio MC, Piscicelli C, Pascali VL. Medicolegal aspect of an unusual uterine perforation with multiloop cu 375R. *Am J Forensic Med Pathol.* 2005;26:365-366.
6. Heinberg EM, McCoy TW, Pasic R. The perforated intrauterine device: endoscopic retrieval. *JSLs.* 2008;12:97-100.
7. Demir SC, Cetin MT, Ucunak IF, Atay Y, Toksöz L, Kadavıfci O. Removal of intra-abdominal intra uterine device by laparoscopy. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2002;7:20-23.

8. Miranda L, Settembre A, Capasso P, Cuccurullo D, Pisaniello D, Corcione F. Laparoscopic removal of an intraperitoneal translocated intrauterine contraceptive device. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2003;8:122-125.
9. Saijad Y, Selvan G, Kirwan JM, King Sland CR. Gynaefix frameless IUD: cause of bowel resection. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2006;11: 241-242.
10. Mülavim B, Mülavim S, Celik NY. A lost intrauterine device. Guess where we found it and how it happened? *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2006;11:47-49.
11. Jenabi E, Alizadeh SM, Baga RI, continuation rates and reasons for discontinuing. TCU380A IUD use in Tabriz, Iran. *Contraception*. 2006;74:483-486.