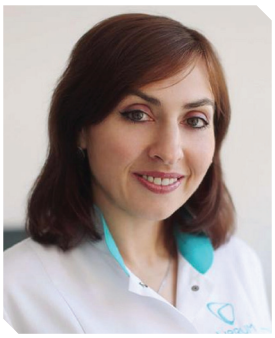
КАЗУЇСТИЧНІ ВИПАДКИ МІГРАЦІЇ ВНУТРІШНЬОМАТКОВОЇ СПІРАЛІ

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

DOI: http://dx.doi.org/10.18370/2309-4117.2018.43.44-47



Н.В. КОСЕЙ
д. мед. н., гол. наук. співробітник відділення ендокринної гінекології ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології ім. О.М. Лук'янової НАМН України»
ORCID: 0000-0003-3085-3285

О.А. ГЮЛЬМАМЕДОВА
лікар акушер-гінеколог клініки «Інститут планування родини "IPF"»
ORCID: 0000-0002-8244-0741

Н.М. ЄВТУШЕНКО
лікар акушер-гінеколог вищої категорії, заступник головного лікаря з хірургічної роботи клініки МЦ «Верум»

Контакти:
Татарчук Тетяна Феофанівна
ДУ «ІПАГ ім. О.М. Лук'янової НАМН України», відділення ендокринної гінекології
04050, Київ, П. Майбороди, 8
тел.: +38 (044) 483 80 87;
+38 (044) 272 10 72
e-mail: ipag.gyn@femina-health.org

АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОБЛЕМИ

Існує велика кількість методів контрацепції, які широко використовуються для контролю дітонародження. Приблизно 150 мільйонів жінок з усього світу обирають внутрішньоматкову спіраль (ВМС) як надійний та ефективний засіб, перевірений протягом багатьох років [1]. Відзначається варіабельність в частоті застосування внутрішньоматкової контрацепції (ВМК) в різних регіонах світу. Це залежить від соціально-економічного статусу та географічного розташування країни. Так, ВМК частіше (в 14,5% випадків) використовується в країнах із низьким рівнем життя та рідше (в 7,6% випадків) – в розвинених країнах. Згідно зі статистичними даними, понад 70% жінок у Латинській Америці та країнах Азії обирають ВМК як метод контрацепції. На противагу їм, у країнах Західної Європи ВМК застосовують лише 11% жінок, а в більшості регіонів Африки цей показник складає менше 1%. У США застосування ВМК, починаючи з 1980 року, суттєво знизилося – до 2,1% [2].

Перевагами ВМК є високий контрацептивний ефект (0,6 вагітностей на 100 жінок протягом першого року використання засобів, що містять мідь); довготривале попередження непланованої вагітності; ефективність контрацептивної дії відразу після введення ВМК; відновлення фертильності в короткі терміни після вилучення ВМК; відсутність впливу на грудне вигодовування; економічна вигода; відсутність системних метаболічних ефектів на організм жінки [3].

Однак незважаючи на високу безпечність та ефективність цього методу, описані його небажані побічні наслідки, найбільш небезпечним із яких є перфорація матки та міграція спіралі з нетиповим її розташуванням. Тому ми вважаємо за доцільне надати медичній спільноті інформацію про поодинокі випадки міграції ВМК, знайомство з якими буде корисним у медичній практиці.

УСКЛАДНЕННЯ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ВМК

При аналізі медичної літератури, пов'язаної з міграцією ВМК, звертає на себе увагу великий діапазон розташування ектопованих спіралей та різноманітність клінічних проявів.

Зазвичай встановлення ВМС не викликає труднощів. Однак іноді можуть виникати ускладнення: інфекція, маткові кровотечі, позаматкова вагітність та перфорація матки. Це відбувається не дуже часто, але водночас є потенційно серйозним ускладненням.

Запальні захворювання

У недавньому ретроспективному когортному дослідженні, яке було проведено в Західній Каліфорнії, ризик запальних процесів малого таза протягом перших 90 днів склав 0,54% на 57 728 випадків встановлення ВМС [4]. Введення ВМК, як правило, протипоказане при виявленні активної цервікальної інфекції.

При цьому в систематичному огляді літератури 2006 року не було виявлено жодних порівняльних досліджень з приводу введення контрацептивів за наявності інфекції шийки матки або її відсутності. В цьому огляді проаналізовані дані шести проспективних досліджень, в яких ВМС була випадково встановлена на тлі інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ). Цікавим виявився той факт, що навіть за наявності цих інфекцій ризик запального захворювання органів малого таза (ЗЗОМТ) залишався низьким. У жінок, які мали негативний результат на ІПСШ, ризик ЗЗОМТ із ВМК становив 0–2%, тоді як за наявності інфекції – 0–5% [5].

Кровотечі та позаматкова вагітність

Кровотеча та дисменорея є найчастішими причинами припинення використання спіралей, що містять мідь. У перший рік використання від 4 до 15% жінок видаляють ВМК з цих причин [6]. У багатонаціональному дослідженні (n = 427), проведеному в США та європейських країнах, зі 100 жінок, які використовували спіралі з міддю, 13,8 видаляли їх протягом першого року, при цьому 6,9 зі 100 жінок припинили використання через біль або кровотечу. В іншому багатонаціональному дослідженні (n = 441), яке проводилося в колишній Югославії та Панамі, частота видалень ВМК становила 10 на 100 жінок, 5 з яких припиняли використання спіралі через біль і кровотечу, іншими причинами були інфекції та бажання здійснити репродуктивні плани [7].

Цікаво, що діапазон позаматкової вагітності в жінок, які не використовують контрацептиви, становить від 3,00 до 4,50 на 1000 жінок, тоді як показники позаматкової вагітності в жі-

нок, які користуються ВМК, становить 0,20 на 1000 [9]. При дослідженні 15 маткових вагітностей під час застосування ВМК 5 із них завмерли, 8 завершились викиднями і тільки 2 досягли терміну. В одному з випадків ВМК була локалізована в яєчнику [8].

Перфорація матки

Перфорація матки є одним із тяжким ускладнень при встановленні ВМК. За даними світової літератури, її частота складає 0,1% [10]. При цьому ВМС може бути частково або повністю ектопована в черевну порожнину. Причинами перфорації можуть бути порушення методу встановлення, травматичні пошкодження, невідповідність ВМС розміру матки, встановлення в ранньому післяпологовому періоді, попередня перфорація матки, анатомічні зміни матки та її шийки, ретрофлексія, інфекції, ендометрит, високий паритет.

Як відомо, більшість перфорацій протікають безсимптомно і можуть бути визначені лише через роки. Найбільш характерними симптомами перфорації є тазовий біль, диспареунія, метрорагія, дизурія, гематохезія, абсцеси та свищі. Ці прояви пов'язані з ураженням сусідніх органів. Наявність ВМК у порожнині сечового міхура призводить до появи клінічних симптомів, і в деяких випадках формування каменів відбувається безперервно.

Міграція ВМК

У випадках повної перфорації ВМК може мігрувати в різноманітні інтраабдомінальні структури. Так, за даними аналізу медичної літератури, найчастіше ВМК мігрують у великий сальник (26,7%), кишеню Дугласа (21,5%), просвіт товстої кишки (10,4%), міометрій (7,4%), широку зв'язку матки (6,7%), черевну порожнину (5,2%), тонку кишку (4,4%), товсту кишку (3,7%), сечовий міхур, пах, яєчники, маткові труби [11]. Спонтанна міграція в маткові труби є досить рідкісним явищем (рис. 1).

Замість перфорації міометрія ВМК у рідких випадках може досягати черевної порожнини, потрапляючи туди через фаллопієві труби. В доступній літературі описано лише вісім випадків транстубальної міграції, один з яких виник внаслідок травматичного падіння. У двох пацієнток із вісьмох

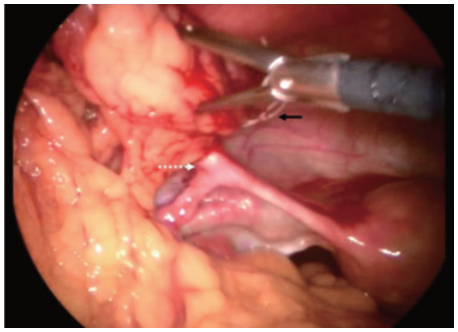


Рисунок 1. Лапароскопічний вигляд інтраабдомінального розташування ВМК
ВМК перфорував перешийок лівої маткової труби, створивши злуки із сальника навколо

довготривале находження спіралей та інфікування маткових труб закінчилися лапароскопічною двобічною тубектомією [12].

У базі медичних публікацій PubMed описано приблизно 80 випадків міграції ВМК у сечовий міхур, які в половині випадків призвели до вторинного утворення каменів (рис. 2).

Рисунок 2. Дві ВМС в порожнині таза з формуванням каменів у горизонтальній частині обох ВМК
Оглядова рентгенографія черевної порожнини

Швидкість утворення каменів варіабельна і не залежить від тривалості перебування ВМК у сечовому міхурі. Інтервал між введенням ВМС і клінічними симптомами з боку сечовивідної системи коливається від 6 місяців до 16 років. Окрім сечового міхура, існують випадки перфорації ВМК в уретру, асоційовані з утворенням каменів, обструкції нижніх відділів сечовивідних шляхів та гематурії [13].

У декількох дослідженнях були опубліковані випадки обструкції тонкої кишки, спричинені міграцією ВМС. Кишкова непрохідність є рідкісним, незвичайним та важким ускладненням використання ВМС. Травма сигмовидної кишки є найчастішим кишковим ускладненням, яке складає 40,4% випадків ураження кишкової області ВМС (рис. 3) [14].

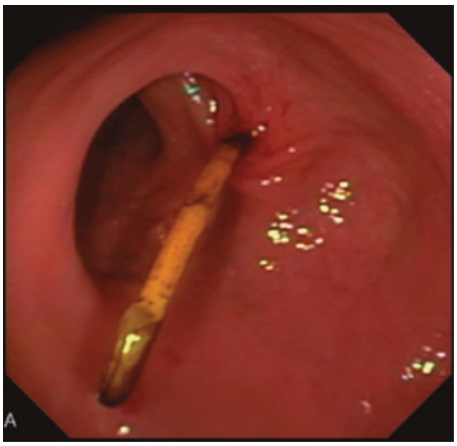


Рисунок 3. Стороннє тіло у внутрішній стінці прямої кишки

Описані навіть випадки апендициту, спричиненого міграцією ВМС. Так, в одному випадку під час виконання лапароскопії в пацієнтки було виявлено інфільтрат зі сліпої кишки, правої маткової труби та термінальної частини клубової кишки. З інфільтрату візуалізувались елементи ВМС [15].

Звертають на себе особливу увагу випадки довготривалого знаходження спіралей в порожнині матки. Так, в американській медичній літературі навіть описано випадок знаходження там ВМС протягом 31 року. ВМК, що залишається в матці в період менопаузи, може провокувати вагінальну кровотечу та складнощі з вилученням спіралі. Така кровотеча обумовлена витонченням поверхні епітелію з формуванням мікротромбів в капілярах ендометрія і є наслідком гострої та хронічної запальної відповіді в ендометрії. Існують версії, що наявність такої запальної відповіді протягом тривалого часу може провокувати ендометріальну карциному [16].

При довготривалому застосуванні вилучення ВМК може бути ускладнено внаслідок витончення, пошкодження пластику, з якого виготовлена спіраль, і навіть його фрагментації. Зазвичай вилучення спіралі рекомендовано через рік після менопаузи, якщо вона виникла після 50 років, та через два роки, якщо вона виникла у віці до 50 років.

Окрім нетипової локалізації ектопованих спіралей, описано одночасне розташування декількох ВМК як в порожнині матки, так і за її межами. В ряді випадків «забуті спіралі» можуть бути причиною тривалого та безуспішного лікування безпліддя. Так, The Internet

Journal of Radiology описує випадок звернення пацієнтки у відділення лікування безпліддя з приводу відсутності вагітності протягом 15 років. При детальному діагностичному дослідженні було виявлено одночасно чотири ВМС, три з яких розташовувалися поза межами матки [17].

В стінах гінекологічного відділення Центру інноваційних медичних технології НАН України також зафіксовано цікавий медичний випадок часткової міграції ВМК. Жінка звернулася до лікарів з приводу безпліддя. Під час діагностичної гістероскопії в порожнині матки було виявлено лише одне плече горизонтальної частини спіралі, решта контрацептиву була занурена в товщу стінки матки. Вилучити ВМС за допомогою гістероскопічного доступу було неможливо. Жінці провели лапароскопічну операцію, виявивши під серозною оболонкою матки іншу частину ВМК. Після розсічення стінки матки контрацептив був видалений, проведено адекватне ушивання. Після проведеної операції жінка завагітніла та через рік самостійно народила здорову дитину.

ВИСНОВКИ

Жінки з хронічним тазовим болем на тлі встановленого ВМК повинні бути ретельно досліджені на предмет можливої перфорації матки або внутрішньоматкової міграції. У диференціальній діагностиці причин больового синдрому основна роль відводиться УЗ дослідженню та гістероскопії, що дозволяє точно визначити положення ВМС в порожнині матки або за її межами. Однак у випадках часткової міграції використовуються додаткові уточнювальні методи діагностики. Комп'ютерна томографія є ефективною для визначення розташування ВМС, її відносин із сусідніми структурами, та дозволяє оцінити інші можливі причини дисфункції сечового тракту (рис. 4). Всі сучасні ВМК є рентгеноконтрастними, тому для визначення їх локалізації також використовується оглядова рентгенографія [18].

Діапазон методів вилучення ВМК, що мігрували, досить різноманітний, але пріоритетними є ендоскопічні методики. Цистоскопічний метод є найбільш оптимальним для вилучення сторонніх тіл із сечового міхура, які повністю локалізовані в його порожнині, або ВМС, яка призводить до формування каменів. Ендоурологічна хірургія є методом вибору завдяки високій ефективності та меншій травматизації. Літотрипсія каменів сечового міхура вимагає попереднього вилучення каменів великих розмірів.

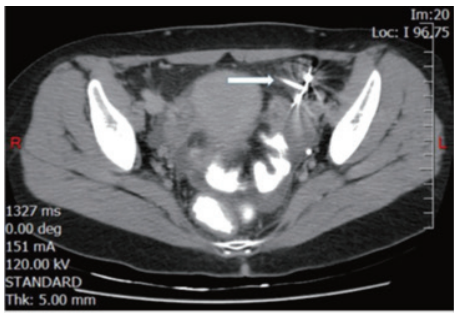


Рисунок 4. Візуалізація ВМК у лівому яєчнику
КТ сканування малого таза з внутрішньовенним та оральним контрастуванням

Незважаючи на суперечливість поглядів щодо ведення жінок із позаматковим розташуванням ВМК та відсутністю будь-яких симптомів, всі позаматкові засоби контрацепції повинні бути вилучені якомога швидше після постановки діагнозу, враховуючи тип та локалізацію спіралі.

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

1. World Contraceptive Use.
New York. United Nations. Population Division (2005).
2. Chandra6 A., Martinez, G.M., Mosher, W.D., et al.
"Fertility, family planning, and reproductive health of US women: data from the 2002 National Survey of Family Growth." Vital Health Stat 23 (2005): 1–160.
3. Міністерство охорони здоров'я України.
Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Планування сім'ї».
Ministry of Health of Ukraine.
"Unified clinical protocol of primary, secondary (specialized), tertiary (highly specialized) medical care «Family planning»."
4. Sufrin, C.B., Postlethwaite, D., Armstrong, M.A., et al.
"Neisseria gonorrhea and chlamydia trachomatis screening at intrauterine device insertion and pelvic inflammatory disease." Obstet Gynecol 120 (2012): 1314–21.
5. Farley, T.M., Rosenberg, M.J., Rowe, P.J., et al.
"Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: an international perspective." Lancet 339 (1992): 785–8.
6. Rosenberg, M.J., Foldesy, R., Mishell, D.R. Jr., et al.
"Performance of the TCu380A and Cu-Fix IUDs in an international randomized trail." Contraception 53 (1996): 197–203.
7. Champion, C.B., Behlilovic, B., Arosemena, J.M., et al.
"A three-year evaluation of TCu 380 Ag and multiload Cu 375 intrauterine devices." Contraception 38 (1988): 631–9.
8. Avci, F., Kiran, H., Bakacak, M., et al.
"An Intrauterine Device Detected in Ovary during Cesarean Section: A Case Report." International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences 3.1 (2015): 72–4.
9. Skjeldestad, F.E.
"How effectively do copper intrauterine devices prevent ectopic pregnancy?" Acta Obstet Gynecol Scand 76 (1997): 684–90.
10. Chi, I., Feldblum, P.J., Rogers, S.M.
"IUD – related uterine perforation: an epidemiologic analysis of a rare event using an international dataset." Contracept Deliv Syst 5 (1984): 123–130.
11. Arslan, A., Kanat-Pektas, M., Yesilyurt, H., et al.
"Colon penetration by a copper intrauterine device: A case report with literature review." Arch Gynecol Obstet 279.3 (2009): 395-7. DOI: 10.1007/s00404-008-0716-2
12. Badr, D.A., et al.
"Tubal Migration of Intrauterine Device: A Report of a RareCase of Trauma-Induced Migration Leading to AcuteAbdomen." J Clin Gynecol Obstet 6.3–4 (2017): 75–8.
13. Elleithy, T.R., Ismail, M.A., Ghobashy, S.E., et al.
"Perforating Intravesical Intrauterine Devices: Diagnosis and Treatment." J Urol Int 1.5 (2008).
14. Akpinar, F., Ozgur, E.N., Yilmaz, S., et al.
"Sigmoid colon migration of an intrauterine device." Case Rep Obstet Gynecol (2014): 207659.
15. Пичугин, А.П.
Редкое осложнение после установки внутриматочного контрацептива / А.П. Пичугин, О.В. Новосельцева // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2006. – № 1. – С. 94–95.
Pichugin, A.P., Novoseltseva, O.V.
"A rare complication after the installation of an intrauterine contraceptive." Pacific Medical Journal 1 (2006): 94–5.
16. Byrd, L.
"The lost intrauterine device: removal by hysterectomy." Journal of Family Planning and Reproductive Health Care 30.3 (2004): 174–5.
17. Akinola, R., Akinola, O., Akpan, E., Akinoso, O.
"Unsuspected Multiple Intrauterine Contraceptive Devices In An Infertile Woman: A Case Report." The Internet Journal of Radiology 7.2 (2006).
18. Istanbulluoglu, M.O., Ozcimen, E.E., Ozturk, B., et al.
"Bladder perforation related to intrauterine device." J Chin Med Assoc 71 (2008): 207–9.

КАЗУЇСТИЧНІ ВИПАДКИ МІГРАЦІЇ ВНУТРІШНЬОМАТКОВОЇ СПІРАЛІ
Огляд літератури

Н.В. Косей, д. мед. н., гол. наук. співробітник відділення ендокринної гінекології ДУ «ІПАГ ім. академіка О.М. Лук'янової НАМН України»
О.А. Гюльмамедова, лікар акушер-гінеколог клініки «Інститут планування родини "IPF"»
Н.М. Євтушенко, лікар акушер-гінеколог вищої категорії, заст. головного лікаря з хірургічної роботи клініки МЦ «Верум»

Метою даної статті стало надання інформації щодо поодиноких випадків міграції внутрішньоматкових контрацептивів (ВМК), знайомство з якими буде корисним у медичній практиці.
При аналізі медичної літератури, пов'язаної з міграцією ВМК, звертає на себе увагу великий діапазон розташування ектопованих спіралей та різноманітність клінічних проявів. Зазвичай встановлення внутрішньоматкової спіралі (ВМС) не викликає труднощів. Однак іноді можуть виникати ускладнення: інфекція, маткові кровотечі, позаматкова вагітність та перфорація матки. Це відбувається не дуже часто, але водночас є потенційно серйозним ускладненням.
У випадках повної перфорації ВМК може мігрувати в різноманітні інтраабдомінальні структури. Так, за даними аналізу медичної літератури, найчастіше ВМК мігрують у великий сальник (26,7%), кишеню Дугласа (21,5%), просвіт товстої кишки (10,4%), міометрій (7,4%), широку зв'язку матки (6,7%), черевну порожнину (5,2%), тонку кишку (4,4%), товсту кишку (3,7%), сечовий міхур, пах, яєчники, маткові труби.
Жінки з хронічним тазовим болем на тлі встановленого ВМК повинні бути ретельно досліджені на предмет можливої перфорації матки або внутрішньоматкової міграції.
У диференціальній діагностиці причин больового синдрому основна роль відводиться УЗ дослідженню та гістероскопії, що дозволяє точно визначити положення ВМС в порожнині матки або за її межами. Однак у випадках часткової міграції використовуються додаткові уточнювальні методи діагностики. Комп'ютерна томографія є ефективною для визначення розташування ВМС та її відносин із сусідніми структурами, а також дозволяє оцінити інші можливі причини дисфункції сечового тракту. Всі сучасні ВМК є рентгеноконтрастними, тому для визначення їхньої локалізації також використовується оглядова рентгенографія. Діапазон методів вилучення ВМК, що мігрували, досить різноманітний, але пріоритетними є ендоскопічні методики.
Незважаючи на суперечливість поглядів щодо ведення жінок із позаматковим розташуванням ВМК та відсутністю будь-яких симптомів, всі позаматкові засоби контрацепції повинні бути вилучені якомога швидше після постановки діагнозу, враховуючи їхній тип та локалізацію.

Ключові слова: ВМК, міграція, перфорація, ендометрій.

КАЗУИСТИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ МИГРАЦИИ ВНУТРИМАТОЧНОЙ СПИРАЛИ
Обзор литературы

Н.В. Косей, д. мед. н., гл. науч. сотрудник отделения эндокринной гинекологии ГУ «ИПАГ им. академика Е.М. Лукьяновой НАМН Украины»
Е.А. Гюльмамедова, врач акушер-гинеколог клиники «Институт планирования семьи "IPF"»
Н.Н. Евтушенко, врач акушер-гинеколог высшей категории, зам. главного врача по хирургической работе клиники МЦ «Верум»

Целью данной статьи стало предоставление информации о единичных случаях миграции внутриматочных контрацептивов (ВМК), знакомство с которыми будет полезным в медицинской практике.
При анализе медицинской литературы, связанной с миграцией ВМК, обращает на себя внимание большой диапазон расположения эктопированных спиралей и разнообразие клинических проявлений. Обычно постановка внутриматочной спирали (ВМС) не вызывает затруднений. Однако иногда могут возникать осложнения: инфекция, маточные кровотечения, внематочная беременность и перфорация матки. Это происходит не очень часто, но в то же время является потенциально серьезным осложнением.
В случаях полной перфорации ВМК может мигрировать в различные интраабдоминальные структуры. Так, по данным анализа медицинской литературы, чаще всего ВМК мигрируют в большой сальник (26,7%), пространство Дугласа (21,5%), просвет толстой кишки (10,4%), миометрий (7,4%), широкую связку матки (6,7%), брюшную полость (5,2%), тонкую кишку (4,4%), толстую кишку (3,7%), мочевой пузырь, пах, яичники, маточные трубы.
Женщины с хронической тазовой болью на фоне установленного ВМК должны быть тщательно исследованы на предмет возможной перфорации матки или внутриматочной миграции. В дифференциальной диагностике причин болевого синдрома основная роль отводится УЗ исследованию и гистероскопии, что позволяет точно определить положение ВМС в полости матки или за ее пределами. Однако в случаях частичной миграции используются дополнительные уточняющие методы диагностики. Компьютерная томография является эффективной для определения расположения ВМС и ее отношений с соседними структурами, а также позволяет оценить другие возможные причины дисфункции мочевого тракта. Все современные ВМК является рентгеноконтрастными, поэтому для определения их локализации также используется обзорная рентгенография. Диапазон методов извлечения мигрировавших ВМК достаточно разнообразен, но приоритетными являются эндоскопические методики.
Несмотря на противоречивость взглядов по ведению женщин с внематочным расположением ВМК и отсутствием каких-либо симптомов, все внематочные средства контрацепции должны быть удалены как можно скорее после постановки диагноза, учитывая их тип и локализацию.

Ключевые слова: ВМК, миграция, перфорация, эндометрий.

CASUISTIC CASES OF MIGRATION OF THE INTRAUTERINE DEVICE
Literature review

N.V. Kosei, MD, chief researcher at the Endocrine Gynecology Department, State Institution "O.M. Lukyanova Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of the NAMS of Ukraine"
O.A. Hiulmamedova, obstetrician-gynecologist of the Institute for planning family "IPF"
N.M. Yevtushenko, highest category, deputy director for surgical work of the Medical centre "Verum" clinic

The purpose of this article is to provide information of isolated cases of migration of intrauterine contraceptive devices (IUD), familiarity with them will be useful in medical practice.
In analyzing the medical literature related to the migration of the IUD, a large range of ectopic spirals and a variety of clinical manifestations attract attention. Usually setting the IUD is not difficult. However, complications can sometimes occur: infection, uterine bleeding, ectopic pregnancy, and uterine perforation. This does not happen very often, but at the same time there are potentially serious complications.
In cases of complete perforation, the IUD may migrate to various intra-abdominal structures. Thus, according to the analysis of medical literature, most often the IUD migrates into the greater omentum (26.7%), Douglas space (21.5%), the lumen of the colon (10.4%), myometrium (7.4%), wide ligament of the uterus (6.7%), abdominal cavity (5.2%), small intestine (4.4%), large intestine (3.7%), bladder, groin, ovaries, fallopian tubes.
Women with chronic pelvic pain on the background of an established IUD should be carefully examined for possible uterine perforation or intrauterine migration. In the differential diagnosis of the causes of pain syndrome, the main role is played by ultrasound examination and hysteroscopy, which allows you to accurately determine the position of the IUD in the uterus or outside it. However, in cases of partial migration, additional clarifying diagnostic methods are used. Computed tomography is effective for determining the location of the IUD, its relationship with neighboring structures, and allows to evaluate other possible causes of dysfunction of the urinary tract. All modern IUDs are radiopaque, therefore, to determine their localization is also used survey X-ray. The range of methods for extracting migrated IUDs is quite diverse, but endoscopic techniques are priorities.

Despite the contradictory views on the management of women with an ectopic arrangement of the IUD and the absence of any symptoms, all ectopic contraceptives should be removed as soon as possible after the diagnosis, taking into account the type and localization of the IUD.

Keywords: IUD, migration, perforation, endometrium.