گزارش یک مورد فیستول رحم به مثانه بعد از حاملگی با IUD و سزارینهای مکرر

دکتر عبدالرسول اکبریان I
*دکتر ابوالفضل مهدیزاده II
دکتر مریم حاجب III

چکیده

فیستول رحم به مثانه یکی از بیماریهای بسیار نادر می‌باشد که در اغلب موارد گزارش شده به دنبال انجام سزارین، ایجاد می‌شود. این بیماران اغلب با علائمی مانند بی‌اختیاری ادرار در مراحل اولیه بیماری و هماچوری دوره‌ای درمراحل دیررس مراجعه می‌کنند. استفاده طولانی مدت از IUD ازعلل بسیار نادر ایجاد فیستول رحم به مثانه در گزارشهای موجود بیماری می‌باشد. در این مقاله یک خانم ۳۰ ساله با سابقه سزارینهای مکرر و حاملگی با وجود IUD در رحم معرفی می‌شود که ٦ ماه پس از انجام آخرین سزارین با علائم هماچوری دوره‌ای مراجعه کرده بود، پس از اقدامات انجام شده تشخیص فیستول رحم به مثانه برای وی گذاشته شد که توسط عمل جراحی ترمیم صورت گرفت. دراین مقاله علائم بیماری، معیارهای تشخیصی و عوارض فیستول رحم به مثانه همراه با روشهای مختلف طبی و جراحی برای این بیماران مورد بحث و بررسی قرار گرفته است.

کلیدواژه‌ها: ۱ – فیستول رحم به مثانه ۲ – عمل سزارین ۳ – وسیله داخل رحمی(IUD)

مقدمه

فیستول رحم به مثانه(Vesico Uterin Fistula) یک بیماری نادر است که حدود ٤-۱٪ از تمام فیستولهای یوروژنیتال را شامل می‌شود(۱و ۲). تاکنون حدود ۱۵۰ تا ۲۰۰ مورد از این بیماری در کل مقالات منتشر شده در دنیا و تعداد بسیار کمتری از این بیماری در مقالات انگلیسی زبان گزارش شده است(۳).

تقریباً تمام موارد گزارش شده به دنبال سزارین ایجاد شده بودند و سایر موارد از قبیل پاره شدن سگمان تحتانی رحم و مثانه در طول یک زایمان سخت و توبرکلوز مثانه یا فیستول ثانویه به IUD بندرت عامل ایجاد کننده بودند.

این بیماران اغلب دارای بی‌اختیاری ادرار در اوایل دوره پس از زایمان هستند هر چند که در موارد کمی نیز ممکن است فقط هماچوری دوره‌ای بدون درد با یا بدون خروج ادرار از واژن چند ماه بعد از عمل جراحی داشته باشند. همچنین عفونتهای مکرر ادراری و ناباروری و آمنوره ثانویه در بعضی موارد ممکن است دیده شود(٤و ٥).

در این گزارش موردی معرفی می‌شود که علاوه بر داشتن سابقه ٤ نوبت عمل سزارین (به عنوان مهمترین عامل خطر ایجاد فیستول رحم به

I) دانشیار بیماریهای زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی ایران، تهران.
II) دانشیار بیماریهای زنان و زایمان، دانشکده پزشکی، خیابان ستارخان، نیایش، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی ایران، تهران(*مولف مسئول).
III) دستیار بیماریهای زنان و زایمان، بیمارستان حضرت رسول اکرم(ص)، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی ایران، تهران.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

مثانه)، سابقه استفاده از IUD و حاملگی با IUD را نیز داشته است.

ایجاد فیستول همزمان با حاملگی و نیز وجود IUD در رحم و سابقه ٤ بار سزارین موردی است که از نظر علت فیستول قابل بررسی می‌باشد. همچنین این بیمار شکایت نادر و قابل توجهی داشت که در گزارشهای قبلی کمتر دیده شده است.

معرفی بیمار

بیمار خانم ۳۰ ساله‌ای بود که به علت وجود خون در ادرار به صورت دوره‌ای (Cyclic hematurea) به بیمارستان مراجعه کرده و بستری شده بود.

بیمار سابقه ٤ نوبت حاملگی و ٤ بار زایمان داشت که حاصل آن ۳ فرزند زنده و سالم و یک فرزند مرده بود. آخرین زایمان وی ٦ ماه پیش از مراجعه به بیمارستان و به صورت سزارین انجام شده بود(G4P4L3D1Y6m).

علت سزارین در زایمان اول ماکروزومی جنین و در زایمانهای دوم تا چهارم سابقه سزارین بوده است.

در آخرین سزارین عمل بستن لوله‌ها(TL) انجام شده بود.

مشکل بیمار به دنبال سزارین و ٦ ماه قبل از مراجعه شروع شده بود بدین ترتیب که به مدت ٥٦ روز خونریزی از مجرای ادرار داشت. پس از آن به مدت ٢٤ روز خونریزی قطع شده بود، سپس دوره‌های هماچوری هر بار به مدت ٥ روز همزمان با دوره‌های عادت ماهیانه رخ داده بود.

آخرین قاعدگی بیمار ۲ هفته قبل از مراجعه و قاعدگی قبلی ١٤ روز قبل از آخرین قاعدگی بوده است.

بیمار ۱ سال قبل از حاملگی IUD داشت که با وجود IUD حامله شده بود.

در طی حاملگی نخ IUD دیده نشد بنابراین خارج نگردید اما طی سزارین آخر IUD که در جدار رحم قرار داشت، خارج شد.

۱۵ روز بعد از آخرین سزارین بیمار دچار بی‌اختیاری ادرار شده بود که به دنبال درمان آنتی‌بیوتیکی بعد از ٤ روز بهبود یافته بود.

۳ ماه بعد از آخرین سزارین برای بیمار سیستوسکوپی انجام شد که مثانه طبیعی گزارش گردید.

در معاینه با اسپکولوم سرویکس نولی‌پار طبیعی دیده شد و خروج ترشح آبکی از رحم وجود نداشت.

در معاینه واژینال رحم به صورت رتروورس بود، در هیستروسالپنگوگرافی انجام شده مثانه به صورت حاجب دیده شد(تصویر شماره ۱) و در سیستوسکوپی انجام شده قبل از انجام عمل جراحی، دهانه فیستول رحم به مثانه به صورت واضح مشاهده گردید.

با قطعی شدن تشخیص فیستول رحم به مثانه بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفت.

طی لاپاراتومی لایه‌های شکم به ترتیب آناتومیک باز و رحم و مثانه نمایان شد. سپس مثانه از رحم جدا گردید.

در حین عمل فیستول در سقف مثانه و با فاصله از سوراخهای حالب دیده شد.

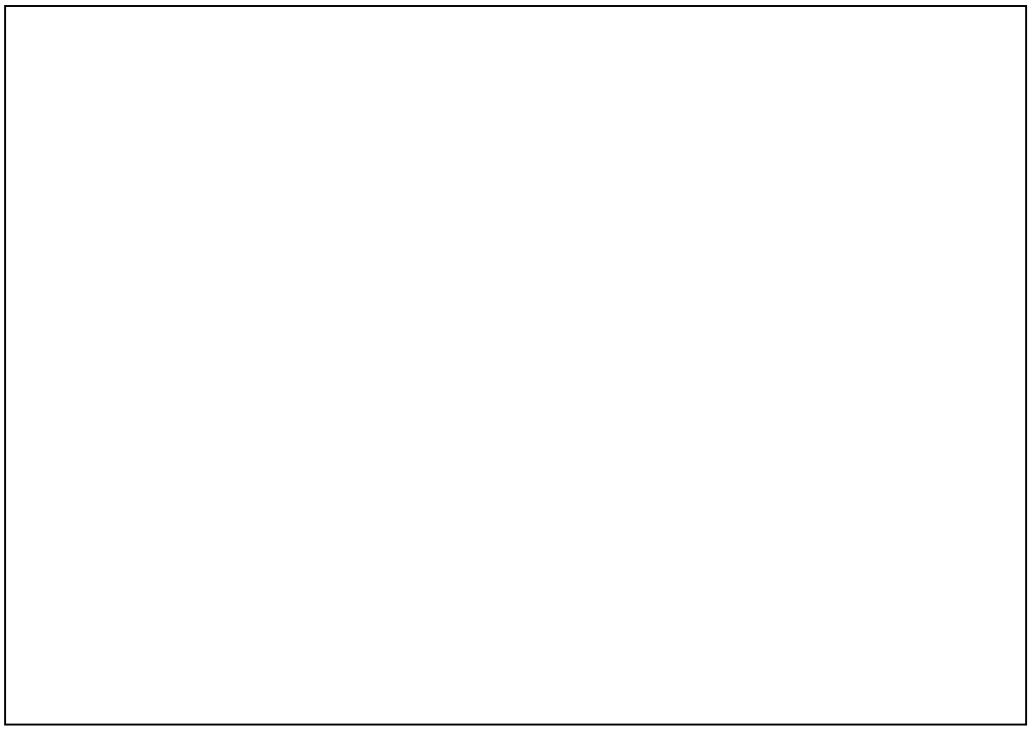
رحم به غیر از ناحیه فیستول سالم بود و ضایعه‌ای نداشت. به علت تمایل و اصرار زیاد بیمار برای حفظ رحم، هیسترکتومی انجام نشد.

نوار فیستول(Fistula Tract) باز شد. سپس مثانه در ۲ لایه در محل پارگی ترمیم گردید(تصویر شماره ۲).

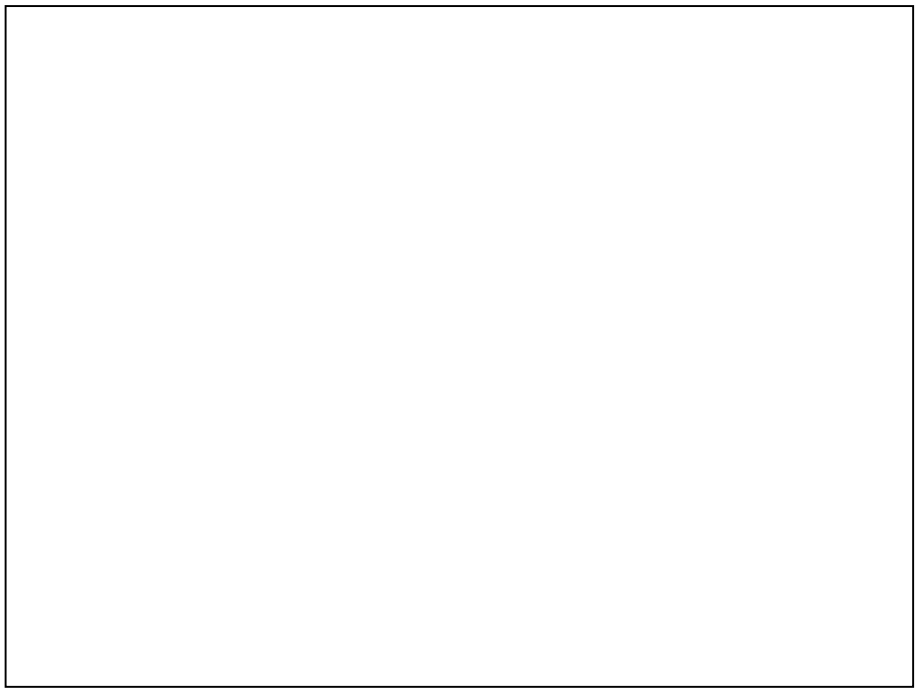
در نهایت یک لایه امنتوم در محل ترمیم در فاصله بین رحم و مثانه گذاشته شد.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

در بررسیهای بعد از عمل جراحی، سونوگرافی افزایش ضخامت جدار مثانه و عدم وضوح حدود رحم به دلیل التهاب را گزارش کرد و سیستوگرام ۲ هفته بعد از عمل از نظر وجود فیستول طبیعی بود.



تصویر شماره ۱- هیستروگرافی انجام شده برای بیمار که ورود ماده حاجب به مثانه و حاجب شدن مثانه را نشان می‌دهد.



تصویر شماره ۲- روند عمل جراحی انجام شده برای بیمار که طی آن رحم و مثانه از هم جدا و نوار فیستول بریده شد.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

بحث

فیستول رحم به مثانه یک بیماری نادر است که علامت اصلی آن بی‌اختیاری ادرار می‌باشد. این مشکل اغلب بلافاصله بعد از عمل سزارین ایجاد می‌شود و در صورتی که در این مرحله ترمیم فیستول صورت نگیرد و قاعدگی دوره‌ای بیمار شروع گردد، بیمار ممکن است دچار آمنوره و خروج خون قاعدگی از مجرای ادرار شود(۱و ۵).

همان طور که در مورد بیمار معرفی شده دیده شد بیمار ۲ هفته بعد از سزارین به مدت ٤ روز بی‌اختیاری ادرار داشت که با درمان آنتی‌بیوتیکی درمان شده بود. اما درمانهای تکمیلی جهت کمک به ترمیم فستول در این مرحله صورت نمی‌گیرد.

سیستوسکوپی گزارش شده در این فاصله نیز نشان دهنده این بود که با وجود شک بالینی، اقدامات تشخیصی از دقت کافی برخوردار نبوده است یا اینکه بعد از ترمیم اولیه فیستول، دهانه فیستول دوباره سر باز کرده است.

در تشخیص این بیماری همراهی سزارین، آمنوره و هماچوری دوره‌ای به صورت یک سندرم به عنوان پاتوگنومونیک تشخیص فیستول رحم به مثانه مطرح می‌شود(۱، ۲و ۵).

همان طور که در مورد گزارش شده نیز دیده شد در موارد نادر با وجود فیستول خروج ادرار از واژن دیده نمی‌شود که علت دقیق این امر کاملاً شناخته شده نیست اما این احتمال وجود دارد که علت آن ناشی از عمل اسفنکتر ایسم رحم باشد که در نتیجه آن ادرار نمی‌تواند از رحم خارج شود(۲).

به نظر می‌رسد زنان دارای فیستول رحم به مثانه سترون(Sterile) باشند. این امر در مطالعات صورت گرفته روی خرگوش‌ها نشان داده شده است که با ایجاد فیستول رحم به مثانه در آنها قابلیت باروری رحم از بین می‌رود و با ترمیم فیستول دوباره قابلیت باروری پیدا می‌کنند(٦).

از آنجائیکه گزارشهای کمی در مورد باروری بعد از ترمیم فیستول مثانه به رحم وجود دارد بعضی از محققان استنباط کرده‌اند که میزان باروری، بعد از به وجود آمدن فیستول رحم به مثانه و ترمیم آن کاهش می‌یابد هر چند که گزارشهایی نیز بر خلاف این موضوع وجود دارند(۷).

در اغلب مقالات علت اصلی فیستول رحم به مثانه، سزارین معرفی شده است اما در بیمار گزارش شده، با وجود سابقه ٤ نوبت عمل سزارین، نقش احتمالی حاملگی با وجود IUD و باقی ماندن طولانی مدت آن در رحم(در حین عمل سزارین آخر از جدار رحم خارج شد) را نباید از نظر دور داشت.

درمان اصلی برای فیستول رحم به مثانه درمان جراحی می‌باشد اما در مواردی نیز فیستول رحم به مثانه با درمان نگهدارنده ترمیم شده است(۱، ۲و ۵).

در صورتی که در حین سزارین آسیب به مثانه ایجاد شود ترمیم مثانه باید بلافاصله در همان جا صورت گیرد و اگر تشخیص فیستول با فاصله کمی از عمل سزارین صورت گیرد درمان نگهدارنده به صورت کاتتر دائمی ادرار برای تخلیه مثانه به مدت چند هفته و درمان ضدمیکروبی توصیه می‌شود(۱و ۸).

در بعضی از گزارشها نیز مواردی به چشم می‌خورد که با ایجاد آمنوره با تجویز مداوم ترکیبات استروژن و پروژسترون یا GnRH به مدت ٦ ماه فیستول ترمیم شده است.

این روش بخصوص در افرادی که در آنها خروج ادرار از واژن وجود دارد حائز اهمیت می‌باشد(٤و ۷).

درمان جراحی فیستول رحم به مثانه در صورتی که به دنبال عمل سزارین ایجاد شده باشد باید ۲ تا ۳ ماه به تاخیر انداخته شود تا عفونت و التهاب رحم کاملا از بین برود.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

درمان جراحی فیستول رحم به مثانه از طریق شکم، روش ارجح می‌باشد زیرا دسترسی به فیستول از طریق واژن مشکل است.

در این روش نوار فیستول بین رحم و مثانه بریده می‌شود و ترمیم لایه‌های هر دو اندام با نخ قابل جذب صورت می‌گیرد و با قرار دادن یک لایه امنتوم و درناژ سوپراپوبیک مثانه روند عمل کامل می‌شود.

در یک گزارش در مورد ترمیم فیستول به دنبال استفاده طولانی مدت از IUD گفته شده است که استفاده از مش (Mesh) قابل جذب جراحی در بین رحم و مثانه بعد از جدا کردن آنها و ترمیم لایه‌ها باعث بالارفتن میزان اثر درمانی عمل جراحی خواهد شد(۲و ٤).

منابع

1- Szabo Z., Ficsor E., Nyiradi J., Nyiradi T., Pasztor I., Papp F., et al., Rare case of the utero vesical fistula caused by intrauterine contraceptive device, Acta chir Hung, 1997 , 36(1-4): 337-9.

2- Yip SK., Leung TY., Vesicouterine fistula: An update review. Int Urogynecol J., 1998, 9: 252-6.

3- Lenkovsky Z., Pode D., Shapiro A., Caine M., Vesicouterine fistula: a rare complication of cesarean section. J Urol, 1998, 139: 123-125.

4- Hobachie GC., Njoku O., Vesicuterine fistula, Br J Urol, 1985, 57: 438-9.

5- Tancer ML., Vesicouterine fistula A review. Obstet Gynecol Surv, 1986, 41: 743-53.

6- Lotocki W., Jozwik M., Jozwik M., Prognosis of fertility after surgical closure of vesicouterine fistula, Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 1996, 64: 87-90.

7- Rubino SM., Vesicouterine fistula treated by amenorrhea induced with contraceptive stroids, two case reports, Br J Urol,1980, 87: 343-4.

8- Park BK., Kim SH., Cho JY., Sim JS., Seong CK., Vesicouterine fistula after cesarean section: Ultrasonographic findings in two cases, J Ultrasound Med, 1999, 18: 441-3.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

A CASE REPORT OF VESICOUTERINE FISTULA AFTER PREGNANCY WITH IUD AND REPEATED CESAREAN SECTION

A.R. Akbarian, MD [I] **A. Mehdizadeh, MD* [II] *M. Hajeb, MD* [III]

ABSTRACT

Vesicouterine fistula is a very rare disease which develops after cesarean section in most of the reported cases. The patients usually have symptoms such as urinary incontinence in early stages of disease and cyclic hematurea in late stages. Prolonged use of Intra-Uterine Devices(IUDs) was reported rarely to be the cause of vesicouterine fistula. This is the report of a 30-year-old woman with history of repeated cesarean sections and pregnancy with IUD in uterus. Six months after her last cesarean, with symptom of cyclic hematurea, she was diagnosed to have vesicouterine fistula which was repaired via surgery. Disease presentations, diagnosis criteria and complications of Vesicouterine fistula along with medical and surgical approaches in treatment of this disease were discussed in this paper.

Key Words: 1) Vesicouterine fistula 2) Cesarean section 3) IUD

I) *Associate professor of obstetrics and Gynecology, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.*
II) *Associate professor of obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Niayesh St., Satarkhan Ave, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran(*Corresponding author).*
III) *Resident of obstetric and Gynecology, Hazrat Rasool Akram Hospital, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.*

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]