

Migration Intra-Vesicale D'un Dispositif Intra-Uterin : A propos d'un cas

S. Alada, Y.Outifa, M A. Melhouf, Fz.Fdili Alaoui, H.Chaara

Service de GOII CHU HASSAN II FES MAROC

Date of Submission: 29-02-2020

Date of Acceptance: 14-03-2020

I. Introduction:

La migration trans-utérine d'un dispositif intra-utérin (DIU) est une complication peu fréquente. Nous rapportons ici un cas de stérilet ayant totalement migré dans la vessie.

Il s'agissait d'une patiente de 39 ans, G2P2 contracté sous stérilet mise en place il y a 5 ans. Elle a consulté initialement pour des douleurs abdomino-pelviennes associées à des brûlures mictionnelles rebelles au traitement et sensation de boule intra vaginale sans hématurie ni autres signes associés.

Le diagnostic de migration totalement intra vésicale a été affirmé par l'échographie et la cystoscopie. Une TDM-AP a recherché une éventuelle atteinte digestive.

Une extraction du stérilet par une mini-laparotomie transversale sus-pubienne a été réalisée avec succès.

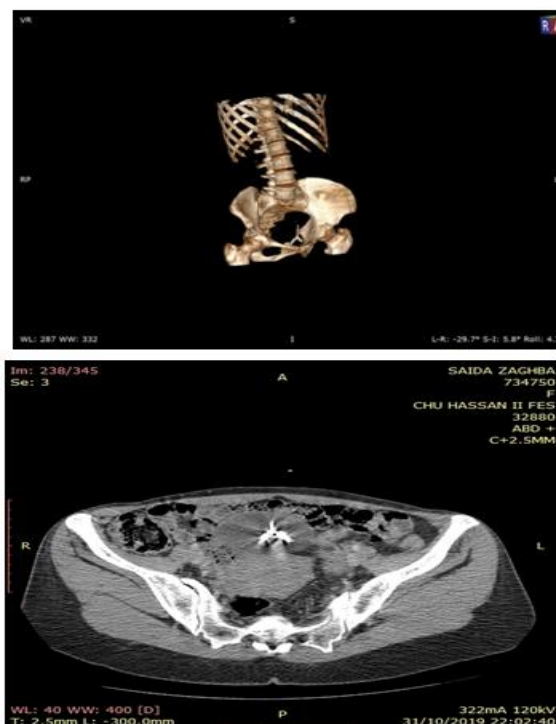
II. Observations :

Madame S.Z, 38 ans, G2P2 (2EV/AVB la dernière âgée actuellement de 8 ans, contractée sous stérilet mise en place il y a 5 ans). Elle a consulté initialement pour douleur abdomino-pelvienne avec brûlures mictionnelles rebelles au traitement et sensation de boule intra vaginale sans hématurie ni autres signes associés, chez qui l'examen clinique trouve une patiente apyrétique, légère sensibilité hypogastrique et absence de fils du DIU en intra-vaginal.

Sur le plan biologique : ECBU : stérile, urée :0.33, créat :8, CRP :62, TP : 78%, Groupage : O+

Le diagnostic de migration totalement intra vésicale a été affirmé par l'échographie et la cystoscopie : calcul de vessie d'aspect coralliforme avec présence d'un stérilet incrusté au niveau du bas fond vésical.

Une TDM-Abdomino-Pelvienne a recherché une éventuelle atteinte digestive a été réalisée objectivant : DIU migrant et incrusté en endocervical avec portion intra-péritonéale, sans signes d'irritation péritonéale.





Elle a bénéficié d'une mini-laparotomie transversale sus-pubienne : à l'exploration visualisation d'un DIU au niveau du bas fond vésical réalisant un trajet fistuleux avec l'utérus, réalisation d'une incision circonférentielle de 1cm autour du DIU, extraction du DIU, réalisation d'un bourgeon autour du trajet fistuleux

Fermeture du trajet fistuleux avec du vicryl 2/0, fermeture de la paroi vésicale par du vicryl 0 en surgé, mise en place d'une sonde triple voie avec réalisation d'un test d'étanchéité satisfaisant puis fermeture plan par plan.



III. Discussion :

La contraception par dispositif intra-utérin est une méthode contraceptive qui fait appel à un procédé mécanique d'action locale.

Il existe actuellement plusieurs types de stérilets, les stérilets bio-actifs sont les plus utilisés en raison de leur meilleure tolérance.

L'insertion du DIU est un acte médical simple, néanmoins dans certaines situations, cette insertion peut être suivie par des complications précoces ou tardives incluant la perforation utérine et la migration du DIU vers les structures adjacentes. L'incidence de la perforation est rare, elle ne dépasse pas 1,3 pour 1000 poses,

La migration en intra-vésicale reste exceptionnelle, seulement 50 cas sont rapportés dans la littérature. La perforation utérine avec migration du DIU en intra -vésicale a été observée, quand le DIU, le positionneur, la sonde ou un autre instrument gynécologique utilisé durant la pose, perce la paroi musculaire de l'utérus, souvent au fond de celui-ci.

Ces perforations peuvent être :

* partielles, quand une partie seulement du DIU perce la paroi de l'utérus ou le col,

* complètes, quand le DIU traverse la paroi de l'utérus pour pénétrer dans la cavité abdominale.

Elle peut être aussi immédiate, résultant d'une faute technique au moment de la pose ou secondaire due à une érosion graduelle à travers la paroi utérine.

Certains facteurs peuvent favoriser la perforation, ils sont :

- D'origine utérine : un myomètre fragilisé par des grossesses multiples, les utérus hypoplasiques, les utérus cicatriciels, les utérus très anté- ou rétro-versés et dans les suites de couches.

- Des causes liées à la technique d'insertion par poussées, qui consiste à propulser le stérilet dans l'utérus, l'inexpérience de l'opérateur, l'absence de souplesse de certains types de stérilets. Après perforation, le dispositif peut rester accolé à la paroi utérine, voir même migrer dans les organes creux, notamment dans la vessie, comme c'est le cas de notre patiente. Les conséquences de cette migration sont liées au risque de formation de calculs vésicaux.

En effet, la lithiase vésicale chez la femme n'est pas habituelle, elle est 7 à 10 fois moins fréquente que chez l'homme. Ceci pour des raisons anatomiques et hormonales. La formation de la lithiase vésicale chez la femme est favorisée par une cause locale, un corps étranger qui peut être en l'occurrence un stérilet.

En ce qui concerne le diagnostic, la perforation utérine par DIU est habituellement asymptomatique. Cependant, elle peut surtout lorsqu'elle est concomitante à la pose, entraîner une douleur violente, qui doit attirer l'attention du prestataire de service.

A l'examen, la perforation est suspectée devant la disparition des fils repères, après s'être assuré que les fils ne sont pas remontés dans l'endocol. Néanmoins, le diagnostic clinique n'est pas toujours évident, il doit faire appel à des explorations complémentaires pour localiser le dispositif.

- L'échographie sous-pubienne représente une étape fondamentale pour le diagnostic. Elle permet de visualiser le stérilet en intra-utérin, non retrouvé dans la cavité utérine, sa localisation dans ce cas peut être difficile. Pour notre part, le diagnostic est rendu aisé par l'écho structure anéchogène de la vessie

- La radiographie de l'abdomen sans préparation, après avoir éliminé une grossesse, confirme l'expulsion.

- La cystoscopie est indiquée dans les localisations intra -vésicales comme dans notre cas.

L'indication du retrait d'un stérilet intra vésical est impérative et doit être rapidement réalisée en raison des complications suscitées qui augmentent le risque de morbidité et de mortalité féminine.

Au moment de la pose, le prestataire de service doit arrêter la procédure et proposer une autre méthode contraceptive, en cas de suspicion de perforation utérine par l'un des instruments utilisés pour la pose ou quand la patiente ressent une vive douleur pendant l'insertion.

Dans notre cas, le retrait a été réalisé immédiatement après le diagnostic sans aucun problème.

IV. Conclusion :

Le stérilet est une méthode contraceptive efficace, son insertion est un acte médical simple. Il importe simplement d'avoir dépisté par un examen gynécologique minutieux, les éventuelles contre - indications et d'avoir déterminé la dimension et la direction de l'utérus.

La perforation est une complication rare mais redoutable.

Son dépistage passe par l'acquisition de compétences techniques et une surveillance clinique rigoureuse.

S. Alada, Y.Outifa,etal. "Migration Intra-Vésicale D'un Dispositif Intra-Uterin : A propos d'un cas." *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)*, 19(3), 2020, pp. 46-48.