Journal Homepage: - www.journalijar.com

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI: 10.21474/IJAR01/10568
DOI URL: http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/10568

RESEARCH ARTICLE

MIGRATION INTRA VESICALE D'UN DISPOSITIF INTRA-UTERIN CAS CLINIQUE ET REVUE DE LA LITTERATURE

Youssef Halime, Soufiane Ennaciri, Mustapha Ahsaini, Soufiane Mellas, J.El. Ammari, Mf.Tazi, Mj. El. Fassi and Mh. Farih
Service D'Urologie - CHU Hassan II Fès.

Manuscript Info

Manuscript History
Received: 22 December 2019
Final Accepted: 25 January 2020
Published: February 2020

Key words:-
Bladder Stones, Intra-Uterinedevice, Intra - Vesical Migration

Abstract

Transuterine migration of intrauterinedevice (IUD) is a rare complication. We report here a case of an IUD that has partiallymigratedinto the bladder. It was a 37-year-old patient, in whom the IUD wasinserted more than 7 yearsago and whoinitiallyconsulted for dysuria and urinary irritant syndrome, X-ray of abdomen performed as part of the exploration of bladder stone lead to the Intra-vesical migration of intra-uterinedevice. The partially intra vesical migration wasconfirmed by cystoscopy and CT. The ablation of IUD and bladder stone iscarried out by cystotomy. This rare complication should not castdoubt on the effectiveness of the IUD whenitisinserted in the rules of art.

Copy Right, IJAR, 2020,. All rights reserved.

Introduction:-

Le DIU est le moyen contraceptif le plus utilisé aujourd'hui à travers le monde, de part son efficacité et la simplicité de son insertion. En effet, il est porté par près de 100 millions de femmes.
Soninsertion est un acte médical de routine toutefois certaines complications peuvent se voir : l'expulsion,l'infection ou la perforation et migration [1].

La migration trans-utérine du stérilet est une complication rare mais non exceptionnelle. Son incidence est estimée dans la littérature de 1/10 000 insertions à 1/350 insertions [3, 4].

Après une perforation, le DIU peut migrer dans les différents organes de voisinage, le plus souvent vers la cavité abdominale et plus rarement vers le pelvis, notamment dans la vessie qui est la plus fréquemment atteinte. [4].

Le traitement dépend de la localisation du DIU et de ses éventuelles complications.
Nous rapportons un nouveau cas de migration trans-utéro-vésicale d'un DIU

Observation:-

Patiente âgée de 37 ans, G3P3 (accouchements par voie basse), sous contraception orale depuis 05 ans, sans antécédents pathologiques notable a présenté depuis 1 mois une dysurie avec un syndrome irritatif fait de brulure mictionnelles et de pollakiurie. L'examen clinique était sans particularité. L'examen cytobactériologique des urines (ECBU) est revenu négatif. L'échographie pelvienne a montré la présenced'un macro calcul sans retentissement sur les voies excrétrices(Figure 1) .L examen radiologique a été complété par une la radiographie de l'abdomen sans

Corresponding Author:- Youssef Halime
Address:- Service D'Urologie - CHU Hassan II Fès.

préparation qui a objectivé une opacité en T dans la cavité abdominale (Figure 2) faisant évoqué un DIU et éliminant de ce fait l'éventualité de l'expulsion du stérilet rapportée par la patiente et qui remonte à plus de 08 ans.

La cystoscopie retrouve un stérilet calcifié et incrusté dans la paroi postérieur de vessie avec présence d un macro calcul.

La tomodensitométrie abdominopelvienne (Figure 3, 4) a mis en évidence le caractère trans-vésical de la partie du stérilet non visualisé à l'échographie et à la cystoscopie. Il atteignait la graisse sous péritonéale, en regard de l'utérus.

Vu le caractèrecalcifié, trans vésical du DIU et une possible fistule vesico-uterine, il a été décidé d'extraire le stérilet ainsi que la calcul par laparotomie, (Figure 5) .L'opération a été réalisée sans difficulté particulière. Une sonde urinaire a été laissée en place 10 jours puis retirée, la cystographie de contrôle n'a pas objectivé de fistule.

Discussion:-

Le stérilet est un dispositif contraceptif réversible inventé en 1928 par Ernst Gräfenberg [3]. Il s'agit d'un petit objet actuellement le plus souvent en forme de T, inséré dans l'utérus par le vagin pour prévenir la fécondation et secondairement la nidation. Qu'il soit au cuivre ou hormonal, le DIU peut être mis en place, soit par un médecin soit par une sage-femme. La pose en elle-même est rapide et simple quoique peutêtre suivie par des complications précoces ou tardives notamment la perforation utérine et la migration vers les structures de voisinage.

L'incidence de la migration est estimée dans la littérature de 1/10 000 insertions à 1/350 insertions [2, 5]. Dans la littérature nous avons dénombré environ 160cas de migration intra-abdominale, 80 cas de migration intra vésicale [3]. La complication la plus fréquente est la lithogenèse, plus rarement, une fistule vésico-utérine [4] ou une pyélonéphrite aiguë [6] peuvent se déclarer. La migration est d'autant plus fréquente qu'il existe un utérus cicatriciel ou en raison d'un utérus hypoplasique, d'une rétroversion ou d'une hyper antéversion méconnue [2].

Après perforation, le stérilet peut rester accolé à la paroi utérine, s'entourer par l'épiploon ou migrer dans les organes de voisinage notamment dans la vessie, comme c'est le cas de notre malade. Les complications de cette migration sont variables, actinomycose pelvienne englobant la vessie [5], soit une fistule vésico-utérine [7], unehématurie,néanmoins la lithogenèse, représente la

Conséquence la plus fréquente [8].

Cliniquement la perforation utérine par le stérilet est asymptomatique dans la majorité des cas [1] mais peut êtresuspectée à l examen devant la disparition des fils repères, après s'être assuré que les fils ne sont pas remontés dans l'endocol

La symptomatologie urinaire peut êtrepauvre, ou cas contraire la patiente peut présenter un syndrome obstructif ou irritatif comme c est le cas chez notre patiente . L'examen urologique est souvent sans particularité quoique certains auteurs rapportent les fils du DIU à travers le méat urétral lors des efforts mictionnels [1, 5].

L'abdomen sans préparation met objective le stérilet en dehors de l'aire de projection de l'utérus [1-3, 5, 7-9], l échographie abdominopelvienne à vessie pleine a décrit la présence de calcul intra vésicale sans pouvoir identifier avec précision le DIU .La cystoscopie reste l examen clé pour le diagnostique de la migration, dans notre cas elle a révélé que c est une migration partielle avec la présence d un calcul associé au DIU calcifié.

TDM ou de l'IRM n'est pas bien définie. Elle peut être utile en particulier en cas Devant la migration partielle du DIU dans la vessie nous avonsréaliser la TDM pour évaluer le retentissementsur les organes de voisinage.

Souvent l'ablation du matériel se fait par voie endoscopique, par cystoscopie seul en cas de localisation totalement intra - vésicale [1, 5, 8], ou précédéêtre précédé d'une lithotritie [1, 5] en cas de calcul associé. Dans notre cas, vu la migration incomplète, une cystotomie par laparotomie a été réalisé permettant à la fois l ablation du DIU, du calcul, et la fermeture du défect au niveau de la paroi postérieur de vessie .

Figure 1:- Image échographique objectivant des opacités avec cône d'ombre postérieur.

Figure 2:- Clichet d abdomen sans preparationmontrant le sterilet dans la cavité abdominal.

Figure 3:- Reconstruction scannographique objectivant le DIU et le calcul vésicale.

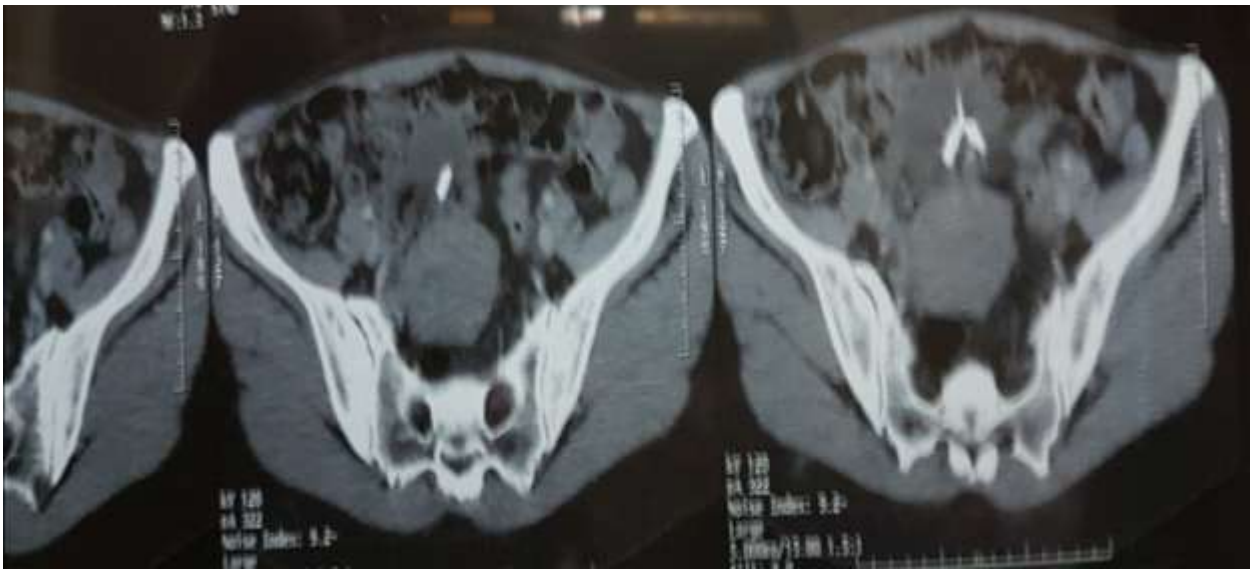

Figure 4:- coupe scannographique montrant la migration incomplète du DIU.

Figure 5:- Stérilet et calcul après extraction.

Conclusion:-

Le DIU reste une méthode contraceptive efficace, sa pose nécessite en préalable un examen gynécologique afin de dépister les contre indication et d éviter ainsi les éventuellescomplications.

La migration trans-utéro-vésicale est une complication rare,souvent de découverte fortuite mais peut être révélée par une symptomatologie urinaire nécessitant le recours à une exploration radiologique et endoscopique.

Le traitement endoscopique par cystoscopie plus en moins lithotritie est le gold standard mais parfois le recours à la cystotomie et cure chirurgicale de fistule s'impose.

Références:-

1. Feghali J, Bourgi A, ArmacheKh. Migration intravésicale
2. d'un dispositif intra-utérin : Cas clinique et revue de la litté-
3. rature. J Med Liban 2016; 64 (4) : 238-241.
4. Zouhal A, El Amrani N, Bensaid F, El Fehri F, Alaoui MT.
5. Migration intravésicale d'un dispositif intra-utérin. À
6. propos d'un cas. Maghreb Med 1993; 27: 31-5.
7. LANSAC J., LECOMTE P., MARRET H. : Gynécologie pour le pratricien 6ème edition, 29 : 239.
8. Haouas N, Sahraoui W, Youssef A, Thabet I, Mosbah AT.Migration intravésicale de dispositif intra-utérin compliquée d'une lithiase. J GynecolObstetBiolReprod
9. 2006; 35: 288-92.
10. 5.Sparks RA, Purrier BG, Watt PJ, Elstein M. Bacteriological colonisation of uterinecavity: role of tailedintra-uterine contraceptive device. Br Med J 1981; 282: 1189-91.
11. 6.Chang CH, Chou CY, Lee WI, Tzeng CC, Liu CH. Pel-
12. vicactinomycosiswith colo-ileo-vesicalfistula formation:
13. report of case. J Formos Med Assoc 1992; 91: 342-5.
14. 7.Schwartzwald D, Mooppan UM, Tancer ML, Gong-Leon G,
15. Kim H. Vesicouterinefistulawithmenouria: a complica-
16. tionfrom an intrauterine contraceptive device. J Urol1986; 136: 1066-7.
17. 8. Maskey CP, Rahman M, Sigdar TK, Johnsen R. Vesicalcalculusaround an intrauterine contraceptive device. BrJUrol 1997; 79: 654-5.