

 <p>ISSN NO. 2320-5407</p>	<p>Journal Homepage: - www.journalijar.com</p> <p>INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)</p> <p>Article DOI: 10.21474/IJAR01/12515 DOI URL: http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/12515</p>	 <p>INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR) ISSN 2320-5407</p> <p>Journal Homepage: http://www.journalijar.com Journal DOI: 10.21474/IJAR01</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

RESEARCH ARTICLE

MIGRATION INTRA-PERITONEALE D'UN DISPOSITIF INTRA UTERIN : A PROPOS D'UN CAS

Oumeyma Baroud¹, Khadija Ikouch¹, Hind El Assaad², Youssef Imami¹, Sakher Mahdaoui¹, Houssine Boufettal¹, Naima Samouh¹, Touil Najwa², Tabakh Houria², Siwane Abdelatif², Kacimi Omar² and Chikhaoui Nabil²

1. Service de Gynécologie Aile 8 CHU Ibn Rochd Casablanca.
2. Service de Radiologie des Urgences CHU Ibn Rochd- Casablanca.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 23 December 2020
Final Accepted: 25 January 2021
Published: February 2021

Key words:

DIU, Migration Intra-Péritonéale, Cœlioscopie

Abstract

Le dispositif intra-utérin (DIU) est une des méthodes contraceptives les plus efficaces et les plus utilisées à travers le monde. La perforation reste exceptionnelle après la pose d'un DIU ; cependant, c'est l'une des complications les plus graves. Nous rapportons le cas d'une patiente de 31 ans qui s'est présentée pour migration d'un DIU de cuivre 15 jours après sa mise en place. Nous insistons à travers cette observation et sous la lumière de la revue de la littérature sur l'efficacité et l'innocuité du DIU lorsque la technique et les indications sont rigoureusement respectées, mais aussi sur une des complications rarissimes de la pose du DIU, et enfin le rôle diagnostique et thérapeutique de la cœlioscopie dans la prise en charge de cette complication.

Copy Right, IJAR, 2021, All rights reserved.

Introduction:

Le dispositif intra-utérin (DIU) est une méthode contraceptive mécanique très répandue et efficace. Son insertion représente un acte médical simple. Néanmoins, elle peut être source de complications majeures, comme la perforation utérine par le DIU, avec migration de celui-ci vers les structures de voisinage, ce qui est à la fois rare mais grave. L'imagerie est d'un grand apport dans le diagnostic topographique du DIU migré. Elle repose en premier lieu sur l'échographie, complétée dans certains cas par la TDM ou mieux l'IRM pelvienne. Nous présentons dans ce travail un cas clinique d'une migration de DIU en intra-péritonéal.

Observation:

A.S., 31 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, 4^{ème} geste, 4^{ème} pare, consulte à 3mois post partum d'un accouchement par voie basse pour instauration d'une contraception durable par stérilet.

Un dispositif intra utérin a été mis en place ; la patiente s'est présentée 15jours après pour un contrôle, l'examen clinique a objectivé la disparition du fil repère au niveau de l'orifice cervical. Une échographie pelvienne faite a montré une structure métallique en inter-vésico-utérin, faisant rappeler l'aspect d'un DIU mesurant 3cm. L'utérus était de taille normale, retroversé, les annexes d'aspect normal. (Figure 1) une radiographie de l'abdomen sans préparation a été réalisée mettant en évidence le stérilet en projection supra-vésicale paramédiane droite (Figure 2).

On a complété par un scanner abdomino-pelvien qui a montré un utérus rétroversé, rétrofléchi, avec mise en évidence d'une structure en T, de densité métallique, extra utérine, venant au contact du fundus utérin et de quelques anses grêliques; cette formation mesure 4cm de long. Par ailleurs, la présence d'un épanchement pelvien minime, sans pneumopéritoine était également retrouvée (Figures 3,4).

La patiente a bénéficié d'une exploration chirurgicale par coelioscopie, mettant en évidence le stérilet en inter utéro-grêlique (Figures 5), et qui a été retiré sans incident (Figure 6).

Corresponding Author:- Oumeyma Baroud

Address:- Service de Gynécologie Aile 8 CHU Ibn Rochd Casablanca.



Figure 1 : échographie pelvienne sus pubienne objectivant le DIU en position inter vésico-utérine mesurant 3cm



Figure2 : radiographie d'un abdomen sans préparation en position debout montrant le DIU en forme de T, en position supra vésicale, latéralisé à droite (flèche orange)



Figure 3: scanner pelvien sans injection de PDC, en coupe sagittale montrant l'utérus en position rétroversée, rétrofléchi, avec présence d'un DIU, hyperdense de densité métallique, venant au contact du fundus et de quelques anses grêliques (flèche jaune)

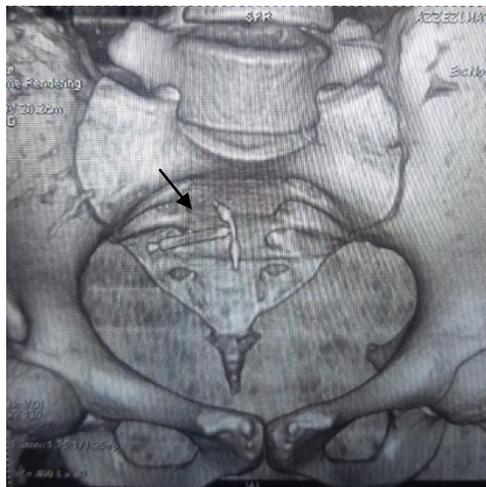


Figure 4 : Reconstruction VR du pelvis qui met en évidence la présence du DIU en forme de T (flèche noire)

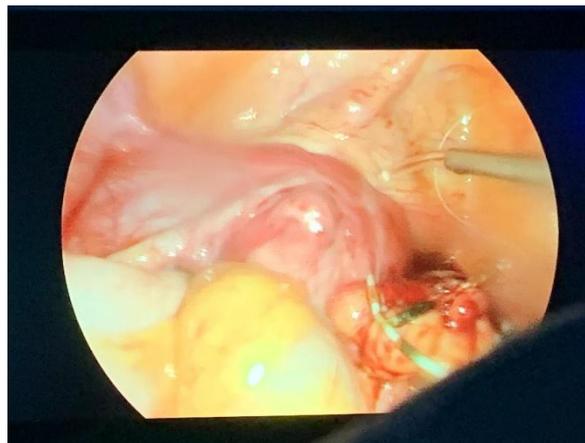


Figure 5 : image per opératoire révélant la présence du DIU en inter utéro-grêlique



Figure 6 : Ablation de DIU

Discussion:

Le DIU est une méthode de contraception réversible et efficace, mais non dénuée de complications (1). La migration de DIU constitue une complication rare mais grave, elle représente selon des études récentes, un taux entre 1,3 à 1,8 pour 1000 (2).

Ces perforations sont presque toujours immédiates au cours de la pose du DIU ou, très exceptionnellement, plus retardées par érosion progressive de la paroi utérine liée au processus inflammatoire en cas de perforation partielle lors de l'insertion. La symptomatologie classique correspond à une douleur et/ou un saignement lors du placement. La plupart des auteurs ne rapportent pas ces signes évocateurs (3) et la perforation n'est diagnostiquée que dans 14 % des cas (4). La disparition des fils repères est le premier signe de migration.

Le taux de perforation semble être dépendant de la qualification du praticien et surtout du nombre d'insertions réalisées (4). Des facteurs de risque de perforation ont été mis en évidence de façon statistiquement significative: en cas d'insertion dans le post-partum le risque relatif (RR) de perforation est de 11,7 dans les 3 mois et de 13,2 dans les 4 à 6 mois qui suivent l'accouchement ; en cas d'insertion chez une patiente avec un antécédent d'interruption de grossesse par aspiration ou curetage utérin le RR est de 2,1 avec un risque d'autant plus élevé que l'insertion se pratique en post-abortum immédiat (4).

Ce n'est qu'à un stade plus avancé que la symptomatologie devient plus démonstrative : douleurs abdominales (30%) et grossesse non désirée (25%) (4). Lorsque le stérilet se trouve en dehors de la cavité utérine, il peut se localiser soit dans le pelvis soit dans l'abdomen, et par ordre de fréquence : dans l'épiploon, le recto sigmoïde, le péritoine, la vessie, l'appendice, l'intestin grêle, l'annexe, et la veine iliaque (5).

En cas de suspicion de migration de DIU, les moyens pour le localiser seront l'échographie abdominale et endovaginale, généralement associée à la radiographie de l'abdomen sans préparation. Le scanner ou la résonance magnétique nucléaire peuvent s'avérer utiles dans la localisation précise du stérilet intra-abdominal (4). Il est recommandé de retirer le stérilet ectopique étant donné les risques d'adhérence et d'inflammation pouvant être responsables de péritonite et de perforation intestinale (6).

La technique de choix est la cœlioscopie, la patiente étant avertie du risque d'une éventuelle laparotomie, la chirurgie pouvant s'avérer difficile en raison du processus inflammatoire. La position de Trendelenburg est déconseillée d'emblée en raison des possibilités de migration secondaire du DIU et un amplificateur de brillance peut être utile en per-opératoire pour localiser le stérilet avec précision (4).

Conclusion:

La perforation utérine par un DIU est une complication rare, mais dont les conséquences peuvent être graves. Il importe donc de tenir compte des facteurs de risque. La perforation passant le plus souvent inaperçue lors de l'insertion du stérilet il semble impératif de contrôler par échographie la position de celui-ci, dans un intervalle de temps court suivant la pose. En cas de diagnostic d'un stérilet en position extra-utérine il faut en effectuer le retrait sans attendre l'apparition de complications; la méthode de choix est alors la coelioscopie (4).

Références:

1. Verim L, Akbaş A, Erdem MR. Intravesical Migration and Calcification of Intrauterin Device: A Case Report and Review of the Literature. J UrolSurg [Internet]. 5 déc 2015 [cité 1 juin 2020]; 2 (4): 197-9. Disponible sur:http://cms.galenos.com.tr/Uploads/Article_11456/197-199.pdf
2. Arslan A, Kanat-Pektas M, Yesilyurt H, Bilge U. Colon penetration by a copper intrauterine device: a case report with literature review. Arch GynecolObstet. mars 2009; 279 (3): 395-7.
3. Cuillier F, Ben Ghalem S, Haffaf Y.— Stérilet appendiculaire:uneexceptionnelle complication. J GynecolObstetBiolReprod, 2003, 32, 55-57
4. S. CRISTINELLI (1), M. NISOLLE (2), J-M. FOIDART (3), « Le cas clinique du mois. Sterilet en position annexielle: une complication rare ».Rev Med Liege 2006; 61 : 11 : 747-749
5. El Kettani NE-C, Dafiri R, Imagerie de la migration des dispositifs intra-utérins. FeuilleRadiol. 2007; 47 (3): 159-166.
6. Mamadou Bissiriou Bah et Al Migration of an Intra Uterine Device (IUD) on a Bilharzian Bladder: An Exceptional Fact About a Case, Published: July 23, 2020 International Journal of Clinical Urology doi: 10.11648/j.ijcu.20200402.14 ISSN: 2640-1320 (Print); ISSN: 2640-1355 (Online).