

MIGRATION INTRA-VESICALE D'UN DISPOSITIF INTRA-UTERIN A PROPOS D'UN CAS

A.ZOUHAL, N. EL AMRANI, F.BENSAID, H.EL FEHRI, MT.ALAOUI.

RESUME

La migration intra-vésicale d'un dispositif intra-utérin est un fait exceptionnellement rapporté dans la littérature.

Les auteurs en rapportent un cas, compliqué d'une lithiasse vésicale survenue chez une patiente de 36 ans et diagnostiquée, huit mois après l'insertion du dispositif intra-utérin.

L'ablation est réalisée par cystoscopie.

A partir de cette observation rarissime, les auteurs font une revue de la littérature concernant les migrations des dispositifs intra-utérins en intra-vésicale et leurs complications.

Ils insistent sur l'efficacité et l'innocuité du DIU lorsque la technique et les indications sont rigoureusement respectées.

Mots clés : DIU, migration intra-vésicale, lithiases vésicales.

SUMMARY

Intra-vesical migration of intra-uterine device is a fact exceptionally reported in literature.

The authors report here one complicated case of vesical lithiasis, which happened to a thirty-six-year old patient and diagnosed 8 months after the insertion of intra-uterine device.

The ablation is carried out by cystoscopy.

From this observation, the authors make a review of literature concerning the migration of intra-uterine devices into intra-vesical ones and their complications. They insist on the efficacy and harmlessness of IUD when the technique and indications are strictly respected.

Key words : IUD, intra-vesical migration, vesical lithiasis.

I - INTRODUCTION

Le dispositif intra-utérin (DIU) est une des méthodes contraceptives les plus efficaces.

Son indice de Pearl est inférieur à 1 pour 100 années femme (7).

Il est le plus utilisé à travers le monde : environ 100 millions d'utilisatrices.

Cependant, son insertion peut engendrer certaines complications, comme l'infection, l'expulsion ou la perforation essentiellement lorsque les règles d'utilisation sont mal appliquées.

La perforation reste exceptionnelle mais une des complications les plus graves.

En effet, après une perforation, le DIU peut migrer dans les différents organes de voisinage.

Il a été décrit des migrations au niveau du cul-de-sac du Douglas, au niveau de l'épiploon, du mésentère, du colon et au niveau de la vessie (3).

A partir d'un cas de perforation utérine d'un stérilet en T au cuivre (TCU 380A) et migration intra-vésicale, les auteurs passent en revue le problème posé par cette migration qui tient au fait que le stérilet, comme tous les corps étrangers intra-vésicaux, peut se recouvrir de dépôt de carbonate de calcium et induire la formation de calculs vésicaux. Celui-ci possède un potentiel évolutif sur l'arbre urinaire de la femme qu'il importe de diagnostiquer et traiter à temps.

II - OBSERVATION

Mme Y.M, âgée de 36 ans, est multipare ; ayant eu ses accouchements par voie basse est porteuse d'un dispositif intra-utérin type TCU 380A inséré huit mois auparavant.

Elle se présente le 16 décembre 1997 pour un contrôle de routine du DIU (le premier contrôle réalisé un mois après son insertion n'a révélé aucune anomalie).

Le deuxième contrôle au huitième mois ne retrouve pas les

fils du DIU en intra-vaginal. La recherche dans l'endocol à la sonde Novak est négative.

Le seul signe fonctionnel noté est une dysurie rapportée quatre mois après la pose du DIU ; elle a régressé après un traitement antibiotique.

La radiographie de l'abdomen sans préparation a objectivé le DIU dans la cavité abdominale, éliminant de ce fait l'éventualité de l'expulsion.

L'échographie pelvienne ne retrouve pas le stérilet en intra-utérin mais dans la vessie (Photo 1).

Photo 1



V = vessie UT = Utérus en coupe longitudinale
DIU = stérilet en T intra-vésical

Le diagnostic de perforation secondaire de l'utérus avec migration en intra-vésicale est retenu.

L'ablation par cystoscopie est indiquée dans son cas.

L'exploration cystoscopique retrouve le dispositif inséré sur la face antérieure de la paroi vésicale avec un début de calcification.

Le retrait est réalisé sans aucun incident.

La femme est revue trois mois après, elle est bien portante.

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 stéri-

lets inertes (Boucle de Lippes) d'utilisation exceptionnelle, et les stérilets bio-actifs 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, selon de grands essais cliniques rapportés dans la « population reports » (7).

La migration en intra-vésicale reste exceptionnelle seulement 19 cas sont rapportés dans la littérature notre cas serait le 20ème.

La perforation utérine avec migration du DIU en intra-vésicale a été observée avec les différents types de DIU : la boucle de Lippes (6 cas), le Dalkon shild (4 cas), le Nova T (1 cas) (8).

Dans notre cas, c'est un TCU 380 A.

Théoriquement, il y a perforation de l'utérus 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 (1).

LIPPES a dit : « le DIU ne perfore pas, pour qu'il y ait perforation, il faut la présence d'un praticien».

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 rétroversés 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 (dans le cas des stérilets inertes), l'inexpérience de l'opérateur, l'absence de souplesse de certains types de stérilets (B1-8).

Après perforation, le dispositif peut rester accolé à la paroi

utérine, s'entourer complètement par l'épiploon, 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 (5). 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.

L'infection urinaire qui lui est presque toujours associée intervient pour une grande part dans la lithogenèse et ce par le biais de l'uréolyse et la formation de cristaux de struvite (5).

Selon certains auteurs, le volume du calcul formé est indépendant de la durée du stérilet en situation intra-vésicale.

Par contre, le délai de formation de la lithiase par rapport à la migration est controversé.

VECSSY a rapporté la formation d'une lithiase vésicale avant le sixième mois après la pénétration du DIU dans la vessie (2). Par contre, WILE et coll. n'ont pas trouvé de lithiase vésicale après migration d'un nova T ayant durée 3 ans (8).

Notre observation représente le troisième cas de formation d'une lithiase sur DIU intra-vésical.

Le délai de formation du calcul ne dépassant pas 7 mois.

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.

La radiographie de l'abdomen sans préparation grand format, après avoir éliminé une grossesse, confirme l'expulsion si le DIU n'est pas retrouvé sur le cliché. Sa visualisation ne préjuge en rien de sa situation.

L'échographie sus-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 aisément par l'échostructure anéchogène de la vessie.

En cas de difficulté, sa recherche par cœlioscopie voire même par laparoscopie peut être indiquée. Cette recherche peut être rendue difficile par la réaction inflammatoire du péritoïne qui rend le dispositif totalement incrusté dans les adhérences dont l'extraction peut être difficile nécessitant un chirurgien expérimenté.

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

Elle permet en outre de rechercher d'éventuelles complications notamment une lithiase vésicale qui souvent infectée, va occasionner une symptomatologie urinaire plus ou moins bruyante avec le risque de répercussion sur le haut appareil urinaire, plus fréquente en cas de grossesse associée.

Méconnue, la lithiase risque à long terme d'entraîner une érosion progressive de la paroi vésicale déjà fragilisée par l'inflammation, pouvant engendrer une fistule vésicale. MHIRI et coll. ont même rapporté un cas d'infection utéro-annexielle avec pelvipéritonite secondaire à une fistule vésico-vaginale post-lithiasique (5).

A distance de la pose, 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 une cliente ressent une vive douleur pendant l'insertion (4).

Dans notre cas, le retrait a été réalisé immédiatement après le diagnostic sans aucun problème. Nous n'avons pas jugé nécessaire de faire un geste associé sur la lithiase débutante.

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.

BIBLIOGRAPHIE

1 - B. BLANC - L. BOUBLI

Contraception par stérilet.

Gynécologie, éd pradel, 2ème éd. ; 219 - 225.

2 - D. DANIEL - DIETRICK MUTA M.ISSA, JOHN. N. KABALIN, JAMES. B. BASSETT.

Intra-vesical migration of intra-uterine device .

J. of Urology . vol. 147. 132 - 134 Januavry 1992.

3 - W. IBGHIR , M . BATT A BOUGAIN , S. DECLEMY , A PROTON , R. HASSAN-KODHJ A P. LEBAS, J.Y GILLET

J. Gynéco. Obst. Reprod 1995, 24, 273 - 275.

4 - S. KELLER

Les dispositifs intra-utérins.

Network en français. Family HEALTH International. Volume 16 n°2 Hiver 1996, 18-20.

5 - M. N. MHIRI, H. BAYONDH, CH. MHIRI, S. REKIK, L. SMIDA.

Le calcul vésical chez la femme à propos de 10 cas.

J. Gynécol. Obst. Reprod. 1990, 19, 979-982.

6 - RIETHMULLER. D, C. GAY, S. BENOIT, PH. ROTH. J.P. SCHAAAL, R. MAILLET, C. COLLETTE

La migration abdominale d'un DIU peut-elle être à l'origine d'une rupture utérine gravidique ?

Expansion Scientifique française 1996, 10, 496 - 498.

7 - K. TREIMAN, M. P. H. , LAURIE LISKIN, SC. M., ADRIENNE KOLS et coll.

Les DIU : état récent des informations.

Population Reports. Série B, Numéro 6 , décembre 1995, 1-35.

8 - M. WOODS, HENRY. M. WISE, JR.

An unusual cause of cystolithiasis : a migrant intra-uterine device.

J. of Urology. Vol 124, November printed in U.S.A, 720-721.

Retrouvez
« Médecine du Maghreb »
 sur Internet
WWW.santetropicale.com

ainsi que
 Médecine d'Afrique Noire, Le Pharmacien d'Afrique et
 Odonto-Stomatologie Tropicale

