



Migration intra-vésicale du dispositif intra-utérin

Intra-vesical migration of intra-uterine device

الهجرة داخل المثانة لجهاز اللولب

K. Berroho, H. Tikaoui, I. Ghouati, N. Saadi, Z. Tazi, L. Elbernoussi, A. Filali, M. Alami, R. Bezad, C. Chraïbi.

الملخص : تعتبر الهجرة داخل المثانة لجهاز اللولب أمر نادر الوقوع. ولقد أحصينا في المراجع 140 حالة للهجرة داخل البطن [1] وأقل من 50 حالات للهجرة داخل المثانة [2]، والتي تشمل فقط 42,9 % من الحالات التي تطورت إلى الحصى الكلوية. ومع ذلك، فالهجرات الحوضية خارج المثانة والتي تتمثل أساسا في الهجرات الشرجية-المعوية تعتبر حالات استثنائية. ونستعرض حالتين من اللولب التي هاجرت إلى المثانة؛ الحالة الأولى تم تشخيصها عند مريضة في سن السادسة والثلاثين (36 عاما) بعد مضي ثمانية أشهر على تاريخ وضع اللولب وتمثلت المضاعفات في ظهور الحصى في المثانة، والحالة الثانية تم اكتشافها بالصدفة عند القيام بفحص عن طريق التصوير فوق الأمواج الصوتية. الغرض من هذا العمل هو توضيح الآليات والأسباب المرضية لهذه المضاعفة، وكذا أدوات التشخيص والموقف العلاجي المناسب. انطلاقا من هذه الملاحظات النادرة، ينبغي التأكيد على الخاصية الفعالة والبريئة للولب عندما يتم التقيد بدقة بالتقنية والتوجيهات الواجب إتباعها.

الكلمات الأساسية : اللولب، والهجرة داخل المثانة، والمضاعفات.

Résumé : La migration intra vésicale d'un dispositif intra-utérin est un fait rare. Dans la littérature, nous avons dénombré 140 cas de migration intra-abdominale[1] et moins de 50 cas de migration intra vésicale[2], dont uniquement 42,9 % sont compliqués de lithiase. Cependant, les migrations pelviennes extra-vésicales essentiellement recto-sigmoïdiennes sont exceptionnelles. Nous rapportons deux cas de DIU ayant migrés dans la vessie, dont le premier s'est compliqué d'une lithiase vésicale survenue chez une patiente de 36 ans et diagnostiquée, huit mois après insertion et le deuxième est de découverte fortuite lors d'une échographie abdominale. Le but de ce travail est d'illustrer les mécanismes étiopathogéniques de cette complication, ainsi que les moyens diagnostiques et l'attitude thérapeutique appropriés. A partir de ces observations rarissimes, Il faut insister sur l'efficacité et l'innocuité du DIU lorsque la technique et les indications sont rigoureusement respectées.

Mots clés : migration intra vésicale, DIU.

Abstract : The migration of an intra-uterine device into the bladder is rare. In the literature, we counted 140 cases of intra-abdominal migration [1] and less than 50 cases of intra-vesical migration [2], of which only 42.9 % are complicated with lithiasis. However, the extra-vesical pelvic migrations primarily recto-sigmoidien are exceptional. We report two cases of DIU having migrated in the bladder, the first became complicated with vesical lithiasis which has occurred in a 36 year old patient and has been diagnosed, eight months after the insertion of the intra-uterine device. The goal of this work was to illustrate the etiopathogenic mechanisms of this complication, as well as the diagnostic means and the suitable therapeutic attitude. For these extremely rare observations, it is necessary to shed lights on the fact that IUD is effective and harmless when the technique and the indications are rigorously respected.

Key Words : IUD, intra-vesical migration.

Tiré à part : K. Berroho, Maternité des Orangers, CHU de Rabat - Salé - Maroc

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

Comme tout corps étranger, il est souvent associé à des complications non négligeables s'il est mal suivi.

Si les infections gynécologiques passent au premier plan, sa migration trans-utérine, bien que rare, doit être toujours présente à l'esprit [1].

La migration se fait habituellement dans la cavité péritonéale et rarement dans les organes pelviens de voisinage essentiellement la vessie et le rectosigmoïde[2] ; Les localisations pelviennes extra-vésicales sont exceptionnelles [1].

Il a été décrit également des migrations au niveau du cul-de-sac du Douglas, au niveau de l'épiploon, du mésentère, et du colon [3].

Matériel et méthodes

Observation 1

Mme Y.M, âgée de 36 ans, mère de 6 enfants accouchés normalement porteuse d'un dispositif intra-utérin type TCU 380A inséré huit mois auparavant. Elle se présente 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.

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).



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

Le diagnostic de perforation secondaire de l'utérus avec migration intra vésicale est retenu. L'ablation par cystoscopie est alors indiquée, 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, et la femme est revue trois mois après, bien portante.

Observation 2

Mme FY âgée de 34 ans, mère de 2 enfants, d'accouchement normal, sans antécédents pathologiques notables ; porteuse d'un DIU inséré deux ans auparavant. Elle consulte pour aménorrhée de 8 semaines associées à une polakiurie et une hématurie terminale.

L'examen gynécologique ne retrouve pas les fils en intra vaginal. L'utérus est augmenté de taille faisant 8 SA. Une échographie endovaginale réalisée objective. Une gestation en intra utérine avec activité cardiaque et, un DIU en intra vésical.

L'évolution de la grossesse était normale, avec des ECBU tous les 3 mois, l'accouchement s'est déroulé par voie basse sans anomalies.

Le retrait est réalisé dans les suites de couches sans aucun incident. Un contrôle radiologique, réalisé un mois plus tard, s'est révélé normal.

Discussion

Le DIU constitue un des moyens de choix pour la contraception non définitive surtout dans les pays en voie de développement. Son insertion peut s'accompagner de métrorragies, de douleur ou de pathologie inflammatoire pelvienne.[1].

On distingue deux types de perforation :

- la perforation immédiate au moment de la pose, la plus fréquente [1], souvent en rapport avec l'inexpérience de l'opérateur [2, 4], comme c'était le cas de notre première observation,

- la perforation secondaire par érosion progressive de la paroi utérine à travers un afflux massif d'enzymes et de substances lysosomiales favorisant la destruction endométriale et la migration du DIU [1,2] : explication physiopathologique la plus possible pour notre deuxième observation.

Le respect des contre-indications et des règles de la pose du DIU a permis de réduire la fréquence des perforations. Le risque est plus élevé pour les insertions pratiquées pendant les six premières semaines du post-partum (risque relatif égal à 5), comme c'était le cas dans notre première observation. Il est multiplié par 10 durant la période d'allaitement [1]. Il peut être expliqué par l'hypoestrogénie qui favorise l'atrophie endométriale associée à une involution utérine importante [4].

Chez notre deuxième patiente, le DIU a été mis en place à distance de la grossesse et en dehors de l'allaitement.

Les conséquences de la migration du DIU en trans-utéro-vésical sont variables. Néanmoins, la formation d'un

calcul sur DIU reste l'éventualité la plus fréquente [5]. Par ailleurs, il peut s'agir soit d'une fistule vésico-utérine, soit d'une actinomycose pelvienne dans sa forme pseudo-tumorale englobant la vessie [1].

Le délai de cette migration qui correspond au temps qui sépare la pose du stérilet et l'apparition des premiers signes cliniques, peut être de plusieurs années.

En revanche, le délai de calcification du DIU n'est pas corrélé à la durée de sa présence dans la vessie [1, 6].

La symptomatologie clinique est souvent urinaire à type de pollakiurie, de brûlures mictionnelles et d'une dysurie parfois invalidante, mais souvent négligée et traitée comme cystite banale sans explorations radiologiques [1]. C'était le cas de notre première patiente. L'hématurie terminale s'associe rarement à cette symptomatologie urinaire. Toutefois, cette migration intra-vésicale peut être totalement asymptomatique et le diagnostic est de découverte fortuite lors d'un examen radiologique réalisé pour d'autres raisons [1].

À l'examen clinique, la migration est suspectée devant la disparition des fils repères.

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, ne précise pas sa situation. Elle montre le DIU avec sa tonalité métallique englobé dans une opacité de tonalité calcique car les calculs sont souvent radio-opaques [5], mais ceci n'est pas constant [1]. Le diagnostic reste difficile si le DIU n'est pas associé à une lithiase vésicale [1],

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.

L'échographie abdominale permet de confirmer la localisation intra-vésicale du DIU avec ou sans calcul associé. Néanmoins, l'échographie endovaginale est plus

performante car elle permet l'étude de l'utérus (vacuité et/ou une éventuelle perforation partielle de la paroi utérine par l'un des bras du DIU) et la présence d'une lithiasie sur DIU intra-vésical. Le délai de formation du calcul ne dépasse pas 7 mois [6].

L'échographie doit être faite après la pose, et répétée immédiatement après, puis 4 à 12 semaines plus tard afin de s'assurer de l'absence de perforation utérine.

En cas de DIU complètement masqué par le calcul, son absence en intra-utérin, associée à une symptomatologie urinaire bruyante avec un examen physique pauvre, et une lithiasie vésicale sur l'AUSP permet de confirmer le diagnostic [1].

La cystoscopie reste le moyen diagnostique le plus fiable. Elle constitue le premier temps d'un traitement endoscopique. L'extraction du DIU peut se faire par voie endoscopique [1], comme nous avons opté pour nos patientes [1, 2, 5].

En cas de perforation partielle de la paroi vésicale, une extraction par voie laparoscopique a été décrite.

En cas de fistule vésico-utérine, la cure chirurgicale est

souvent la règle. Le traitement conservateur par drainage vésical prolongé est rarement efficace.

En cas d'actinomyose associée, le traitement est souvent double, associant une exérèse chirurgicale et une antibiothérapie prolongée à base de pénicilline pendant une durée de 3 à 12 mois.

L'évolution est souvent favorable et le taux de récurrence est nul [1].

Conclusion

Le stérilet est une méthode contraceptive efficace, son insertion est un acte médical simple.

La migration trans-utéro-vésicale du DIU est une complication rare. Il importe simplement de l'avoir dépisté par un examen gynécologique minutieux.

L'évolution vers la formation d'un calcul vésical est souvent la règle. L'endoscopie constitue le temps essentiel du diagnostic et du traitement. Une extraction du stérilet par voie endoscopique en est le traitement de choix.

Références

1. Haouas, W. Sahraoui, A. Youssef, I. Thabet, A.T. Mosbah Masson, Migration intra-vésicale de dispositif intra-utérin compliquée de lithiase, Paris, Mai 2006.
2. A. Zouhal, N. Elamrani, F. Bensaid, H. El Fihri, MT. Elalaoui. Migration du DIU à propos d'un cas, Médecine du Maghreb 2000 numéro 82.
3. Blanc-L. Boubli Contraception par stérilet. Gynécologie, Ed pradel, 2^{ème} éd.; 219-25.
4. D. Daniel - Dietrick Muta M.Issa, John. N. Kabalin, James. B. Bassett. Intra-vesical migration of intra-uterine device. J.of Urology. January 1992 Vol.147.132-14.
5. W. Ibghir, M. Batt A Bougain, S. Declémy, A Proton, R. Hassan-Kodhji, A P. Lebas, J.Y Gillet J. Gynéco. Obst. Reprod 1995, 24, 273 – 5.
6. S. Keller Les dispositifs intra-utérins. Network en français. Family HEALTH International. Volume 16 n°2 Hiver 1996, 18-20.