



Place de l'endoscopie dans la migration du dispositif intra-utérin

Place of endoscopy in the migration of intra uterine device

مكان المناظر في تشخيص هجرة اللولب

N. H. Tikaoui, I. Ghouati, A. Benbella, N. Saadi, Z. Tazi, L. El Bernoussi, A. Filali, M. Alami, R. Bezad, C. Chraïbi.

الملخص : إن هجرة اللولب هو حالة نادرة وتنتج أثناء إدخاله. يشتبه في تشخيصه عند عدم رؤية الخيوط أثناء الفحص السريري. في الدراسات، أحصينا 140 حالة لهجرة اللولب داخل البطن وأقل من 50 حالة داخل المثانة، حيث أن 42.9 % منها تسببت في الداء الحصوي، رغم ذلك فهجرة اللولب داخل الحوض خارج المثانة بين المستقيم والمزدوج نادرة جدا. من خلال العمل الذي قمنا به، أحصينا 31 حالات لهجرة اللولب في مناطق مختلفة: داخل عضلة الرحم 7 حالات، تجويف الصفاقي 15 حالة، الحشوي 7 حالات، الجلدي حالة واحدة وحالة واحدة لم نعثر فيها على اللولب. استعملنا منظار الرحم التشخيصي في 6 حالات والسليوسكوبي التشخيصي في 21 حالة إن استخراج اللولب قد تم عن طريق المهبل بواسطة المقطع في حالتين، منظار الرحم في 4 حالات، السليوسكوبي في 11 حالة ومنظار المثانة في حالتين وفتح البطن في 9 حالات و جرح الجلد في حالة واحدة.

الكلمات الأساسية : هجرة، اللولب، منظار.

Résumé : La migration du dispositif intra utérin est un incident rare, le point de départ se produit au moment de l'insertion. Le diagnostic est suspecté devant l'absence des fils repères à l'examen clinique. 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 lithiasis. Cependant, les migrations pelviennes extra-vésicales essentiellement recto-sigmoïdiennes sont exceptionnelles. Nous rapportons 31 cas de migration de DIU de localisations diverses : intramyométriale : sept cas, cavité péritonéale: 15 cas, viscérale: sept cas, cutanée : 1 cas et non retrouvé dans un cas. L'hystérocopie diagnostique a été pratiquée dans six cas, et la coelioscopie diagnostique dans 21 cas. L'extraction du DIU a été réalisée par voie basse à la pince dans deux cas, par hystérocopie dans quatre cas, par coelioscopie dans 11 cas, par laparotomie dans neuf cas, par cystoscopie dans trois cas, par incision cutanée dans un cas.

Mots clés : Endoscopie migration, DIU.

Abstract : The migration of intra uterine device is a rare incident, the starting point occurs at the time of insertion. The diagnosis is suspected by the lack of benchmarks during the clinical examination. In literature, we have counted 140 cases of intra-abdominal migration [1] and less than 50 cases of intra vesical migration [2], only 42,9% of which are complicated by lithiasis. However the pelvic extra-vesical migration, essentially recto-sigmoidian is exceptional. We report 31 cases of IUD migration of various locations: intramyometrial: seven cases, peritoneal cavity: 15 cases, visceral: seven cases, skin: 1 case and not found in one case. The diagnostic hysteroscopy was performed in six cases, and diagnostic laparoscopy in 21 cases. The extraction of the IUD was conducted through vaginal way by clip in two cases by hysteroscopy in four cases, laparoscopy in 11 cases, by laparotomy in nine cases, cystoscopy in three cases, skin incision in one case.

Key Words : IUD, endoscopy, migration

Tiré à part : N. H. Tikaoui : Service de gynécologie obstétrique, maternité des Orangers. CHU Rabat Salé - Maroc.

Introduction

Le dispositif intra utérin est la méthode contraceptive la plus utilisée à l'échelle mondiale [1]. Cependant son insertion peut engendrer une complication rare mais majeure : la perforation utérine d'où son migration dans différents organe de voisinage. 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, de l'épiploon, du mésentère, et même du colon [3].

Matériel et méthode

Nous présentant 31 cas de migration de DIU colligés à la maternité universitaire Les Orangers sur la période allant de janvier 1992 au décembre 2007.

Résultats

Age des patientes : 13 cas avant 30 ans, 16 cas entre 30 ans et 40 ans et 2 cas après 40 ans.

Sept de nos patientes sont des primipares, 14 des paucipares et 10 multipares.

Le délai moyen d'insertion de DIU par rapport à la dernière grossesse est de 4 à 8 semaines.

Les circonstances de découverte de la migration de DIU : 10 cas au cours du contrôle, 6 cas pour des douleurs pelviennes, 7 cas devant une aménorrhée, 5 cas après désir de retrait et 3 cas devant une dysurie.

Le délai de migration par rapport au moment d'insertion est d'une semaine dans 3 cas, 1 à 6 mois dans 7 cas, 6 mois à un an dans 9 cas, et dans plus de 12 mois dans 13 cas.

Pour localiser le DIU ont eu recours à l'échographie pelvienne chez 29 patientes, la radiographie sans préparation chez 16 patientes, et à l'hystérocopie dans 6 cas.

Les sièges de migration de DIU sont multiples tableau 1.

Tableau 1 : Siège du Migration des DIV

Intramyométriale	7 cas
Cavité péritonéale	15 cas : -libre dans la cavité : 9 cas -cul de sac de Douglas : 4cas -le ligament large : 2 cas
Viscérale	7 cas : 2 : sigmoïde 2 : la séreuse d'une anse intestinale 3 : vessie
Sous cutané	1 cas
Non retrouvé	1 cas

L'ablation de DIU est faite par coelioscopie dans 11 cas, par hystérocopie dans 4 cas, voie basse dans 2 cas, laparotomie dans 9 cas, cystoscopie dans 3 cas et une incision cutanée dans un cas.

Discussion

Le DIU constitue un des moyens de choix pour la contraception non définitive surtout dans les pays en voie de développement.

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, 3], et 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], c'était l'explication physiopathologique la plus possible pour la majorité de nos malades sauf dans 3 cas où le diagnostic de migration est fait une semaine après la pose ce qui laisse suggérer une perforation immédiate.

- La perforation peut être :

- Partielle suite à une érosion graduelle, le DIU perce la paroi utérine et s'incruste dans le myomètre. Dans notre série on a recensé 7 cas.

- Complete : le DIU traverse la paroi utérine pour pénétrer dans la cavité abdominale ou dans les organes creux voisins. Ce type de perforation est constaté chez 22 patientes.

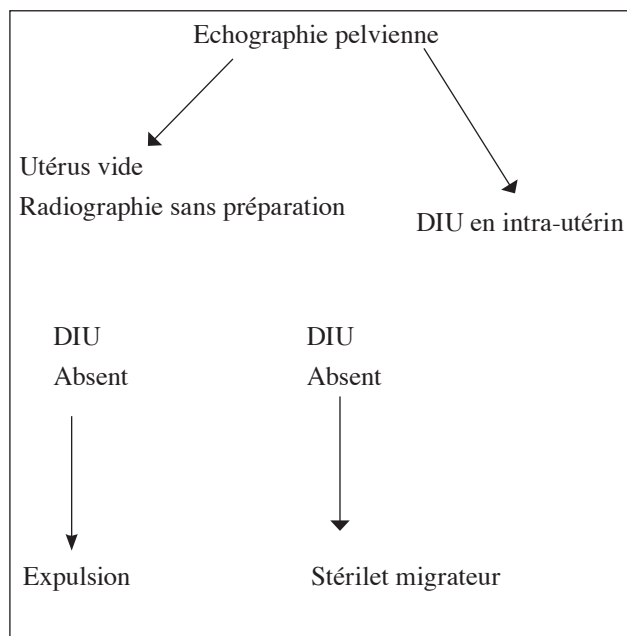
Les facteurs favorisant la migration de DIU sont multiples :

- DIU bioactifs
- un myomètre fragilisé (grossesse multiples, utérus cicatriciel, malposition utérine...) il s'agissait dans notre série principalement de paucipares.
- le moment de la pose : risque accru si insertion dans la première semaine de post partum ou du post abortum, de ce fait le délai de 6 semaines doit être respecté.
- l'inexpérience de l'opérateur.

Le diagnostic de la perforation utérine peut se faire au moment de la pose devant des métrorragies et /ou des douleurs pelviennes mais cette symptomatologie est souvent fruste. Chez nos patientes, c'est surtout lors des contrôles, et de diagnostic de grossesse que l'on a découvert la migration de DIU.

Figure 1 :

Devant la migration de DIU la conduite à tenir est souvent le retrait, l'OMS et la fédération internationale



de planification familiale recommandent le retrait de DIU le plutôt possible après le diagnostic de sa migration, et ceci vu le risque potentiel de complications observées

notamment les stérilets médicamenteux: la migration de DIU dans la grande cavité abdominale se fait souvent à l'étage sous-méso colique, le DIU épiploïque se compliquent de réaction inflammatoire péritonéale et d'adhérences.

Il existe le risque de péritonite par perforation digestive, ainsi que le risque de sténose de la veine iliaque.

Lorsqu'il est localisé dans le pelvis, le DIU peut migrer en :

- intra vésicale, peut être source de lithiase, d'infection urinaire, voire de fistule vésicale
- intra rectale avec risque de fistule digestive.

Le retrait de DIU en migration peut se faire par :

- hystérocopie, le retrait se fait sous contrôle visuel en cas d'ancrage intra-utérin
- cœlioscopie chirurgicale : permet une vision directe et bilan lésionnel complet.
- laparotomie : dans certains cas de DIU inaccessible à la cœlioscopie ou contre indication.
- culdotomie : technique réservée pour DIU localisé au niveau du cul de sac de Douglas.
- cystoscopie : en cas de migration vésicale.
- et par rectoscopie.

Dans notre série le retrait a été principalement fait par laparotomie et cœlioscopie.

Conclusion

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

Cependant le risque de perforation utérine existe avec un risque de migration du DIU qui peut être source de complication parfois grave d'où l'intérêt de respecter les règles d'insertion avec une surveillance.

Les techniques endoscopiques ont un double intérêt diagnostique et thérapeutique. L'hystérocopie est un acte anodin et simple améliorant l'efficacité et la sécurité du retrait du DIU migrant. L'amélioration des techniques coelochirurgicales permettent désormais le retrait et d'éviter la laparotomie dans la quasi-totalité des cas.

Références

- 1 Haouas, W. Sahraoui, A. Youssef. Migration intra vésicale de dispositif intra-utérin compliquée de lithiase. Masson, Paris, Vol 35- n°3, mai 2006, p : 288 – 92.
- 2 A. Zouhal, N. El Omrani, F. Bensaid, et al. Migration vésicale d'un DIU à propos d'un cas. Médecine de Maghreb numéro : 82, 2000.
- 3 I. Aarrab, S. Nabil, A. Zouhal et al. Migration de stérilet à propos de 21 cas. Maghreb médical vol 21, numéro 359, 2001.
- 4 N. Saadi, S. El Hajoui, S. Nabil et al. Migration cutanée d'un DIU, Maroc Médical, tome 25, n : 2, Juin 2003.
- 5 Irfan H., Atakan, Kaplam M. Intravésical migration of intra uterine device resulting in stone formation. Urology 60 (5), 2002.