

**MIGRATION CUTANEE D'UN DISPOSITIF
INTRA-UTERIN**

(à propos d'un cas)

**SKIN MIGRATION OF THE INTRA-UTERINE
CONTRACEPTIVE DEVICE**

(about one case)

هجرة جلدية للولب داخل الرحم
(بصدد حالة واحدة)

N SAADI, S EL HAJOUI, S NABIL, A BENANANE, M DEHAYNI, M.T ALAOU

ملخص : الهجرة الجلدية للولب داخل الرحم (DIU) يعتبر حدثا فريدا من نوعه.

من خلال معطيات المراجع الطبية لا يوجد أية حالة تشير له.

إن المؤلفين ينقلون حالة تشخيصية عند امرأة تبلغ من العمر 26 سنة وضع اللولب 5 أسابيع بعد ولادتها الأولى.

التشخيص لهجرة اللولب ذكر أمام الاخصاب الجديد دون علامات البثق للولب مع اختفاء للخيوط المعينة.

تأكيد التشخيص يكون بعد الولادة بالأشعة البطنية بدون تحضير.

أنجز استخراج اللولب بجرح جلدي بسيط.

درس المؤلفون آليات الثقب والهجرة إلى أماكن مختلفة.

Résumé : Il s'agit d'un fait exceptionnel d'après la littérature. les auteurs en rapportent un cas, diagnostiqué chez une femme de 26 ans, le dispositif intra-utérin lui a été placé cinq semaines après son premier accouchement. Le diagnostic de migration du dispositif intra-utérin a été évoqué devant une nouvelle conception sans notion d'expulsion du dispositif intra-utérin avec disparition des fils repères. la confirmation du diagnostic est obtenue après l'accouchement par des radiographies de l'abdomen sans préparation.

l'extraction du dispositif intra-utérin a été réalisée par une mini-incision cutanée.

Les auteurs étudient les mécanismes de perforation, et la migration vers les différentes localisations.

Mots-clés : Dispositif intra-utérin, migration cutanée.

Abstract : Migration of the intra-uterine contraceptive device is an exceptional incident. The authors report one case which was diagnosed in patient with an otherwise healthy, 28 years old, gravida II, para II, five weeks after the birth of her first child, a TCU 380A. intra-uterine contraceptive device has been inserted. The diagnosis of abdominal migration has been suspected in front of early second gestation without notion of intra-uterine contraceptive device out expulsion. The physical examination was normal, but a line string was not noted down. A plain radiograph (face and profile) of the pelvis has been used to locate ectopic intra-uterine contraceptive device. The ablation is carried out by mini-incision of the skin. The mechanisms of perforation and migration to different localizations are discussed, and therapeutic approaches are proposed.

Key-words : intra-uterine contraceptive device, skin migration.

INTRODUCTION

Le dispositif intra-utérin est une méthode contraceptive simple, efficace et réversible, cependant son insertion peut engendrer certaines complications, comme les troubles du cycle, l'infection génitale, l'expulsion ou la perforation. Cette dernière demeure une des plus rares complications ; En effet, après une perforation, le dispositif intra-utérin peut migrer dans différents organes de voisinage.

A partir d'une perforation utérine d'un stérilet en "T" au cuivre (TCU 380 A) et migration particulièrement inhabituelle dans la peau en para-ombilicale, les auteurs décrivent les circonstances de survenue et l'évolution de la migration dans les tissus.

OBSERVATION

Mme. M.K. âgée de 26 ans, sans antécédents notables, 2ème geste, 2ème pare, ayant 2 enfants vivants. 5 semaines après son 1^{er} accouchement, notre patiente a bénéficié d'une insertion de dispositif intra-utérin de type TCU380A réalisée par un gynécologue. Trois mois après, la patiente reconsulte pour aménorrhée, et l'examen confirme la grossesse qui a été acceptée par le couple et est alors surveillée. L'échographie n'a, à aucun moment, objectivé de dispositif intra-utérin, de même sa recherche dans le délivre après l'accouchement était négative. Une radiographie de l'abdomen sans préparation est réalisée dans le post-partum, elle a objectivé le dispositif intra-utérin dans la cavité abdominale en projection du pelvis (figure 1),

Fig.1

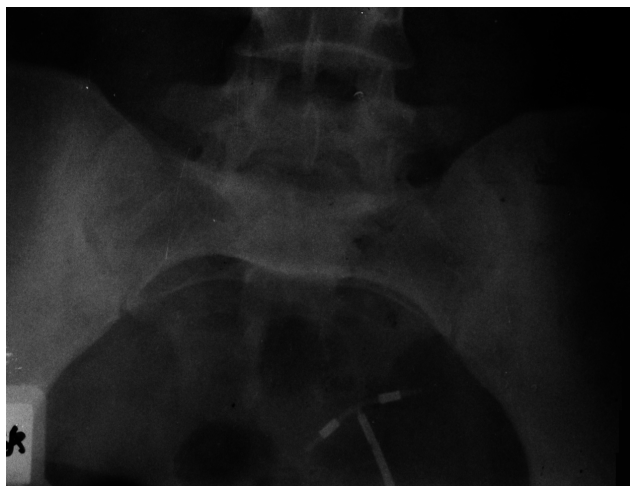


Image du DIU en projection du pelvis

éliminant de ce fait l'éventualité de son expulsion, l'échographie confirme également la vacuité utérine ; ainsi le diagnostic de perforation utérine par le stérilet avec migration secondaire est retenu. Une coelioscopie diagnostique et thérapeutique est

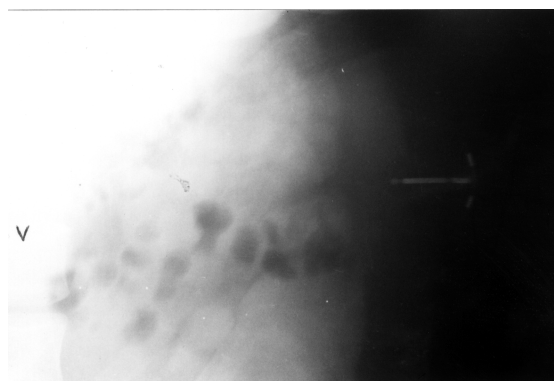
alors proposée, mais la femme l'a différé pour des raisons familiales, et mise sous contraception orale. Un an après son 2ème accouchement, la patiente revient pour un suintement purulent para-ombilical, la palpation note un petit nodule inflammatoire avec perception d'une des branches du dispositif intra-utérin en sous-cutané. Les radiographies de l'abdomen (face et profil) confirment cette localisation exceptionnelle du dispositif intra-utérin (figures 2 et 3). Une mini-incision de 2 cm de la peau en regard a permis d'extraire le stérilet se trouvant dans la graisse sous-cutanée. Cette extraction du dispositif intra-utérin a été faite sous anesthésie locale et sous couverture antibiotique. La femme est revue une semaine puis 3 mois après, l'évolution est favorable.

Fig.2: Abdomen sans préparation de face



DIU en projection de la 4^{ème} vertèbre lombaire.

Fig.3: Abdomen sans préparation de profil



DIU excentré en para ombilical.

DISCUSSION

Le dispositif intra-utérin est un procédé mécanique d'action contraceptive locale. Plusieurs types de dispositif intra-utérin sont actuellement commercialisés. En plus de son mécanisme d'action mécanique et hormonal, le stérilet induit une réaction inflammatoire local [1,2].

L'insertion du dispositif intra-utérin est un acte médical simple, mais elle peut être émaillée de complications précoces ou tardives, parmi lesquelles, on retrouve la perforation utérine et la migration vers les structures de voisinage.

L'incidence de la perforation est rare, elle se situe en fonction des séries entre 0,4 et 6,7 pour 1000 insertions [3,4]. Elle a généralement lieu au moment de la pose du dispositif, elle traduit l'issue de tout, ou une partie du dispositif intra-utérin hors de la cavité utérine proprement dite. la migration intra-myéométriale commence par l'incarcération d'une branche du dispositif intra-utérin dans le myomètre. Les phénomènes inflammatoires ainsi que les contractions utérines vont permettre au dispositif intra-utérin de poursuivre sa migration intra-péritonéale [5,6].

Certains facteurs favorisants sont décrits, en l'occurrence, la fragilisation du myomètre par des grossesses multiples et des césariennes, les utérus très anté ou rétroversés, les utérus hypoplasiques et la pose trop précoce dans les suites de couches. Les caractéristiques techniques pourvoyeuses, sont la méthode d'insertion «par poussée», l'inexpérience de l'opérateur et l'absence de souplesse de certains dispositifs [7].

La perforation utérine par le dispositif intra-utérin est souvent asymptomatique, néanmoins, dans certains cas, quand elle survient au moment de la pose, elle peut entraîner une douleur vive, devant attirer l'attention du praticien qui peut retrouver à l'échographie le dispositif en situation para-utérine immédiate, ce qui serait plus propice au diagnostic échographique [5].

Le diagnostic de migration est alors suspecté devant l'absence de visualisation des fils repères au niveau de l'exocol, cependant, la confirmation diagnostic fait appel

aux explorations complémentaires.

Le couple échographie-radiographie de l'abdomen sans préparation permet un diagnostic fiable de migration de dispositif intra-utérin mais sa localisation exacte fait appel, selon les cas, aux examens endoscopiques (coelioscopie, hystéroscopie, cystoscopie...), du fait de la multiplicité des sites de migration possibles [5,7].

En effet, différentes localisations secondaires du dispositif intra-utérin ont été rapportées dans la littérature ; il peut être dans la cavité péritonéale ou inclut dans un viscère [8]. Les différents sites décrits sont l'épiploon, le péritoine, ligament large, espace de Retzius, trompe, rectum, sigmoïde, appendice, vessie avec risque de lithiase (une trentaine de cas), l'hypochondre gauche et la veine iliaque ont été décrits à propos d'un cas [5,8-14]. Cette revue de la littérature n'a retrouvé aucun autre cas de migration cutanée à travers l'aponévrose avec fistulisation à la peau.

Le retrait du stérilet ayant perforé l'utérus est toujours conseillé même si la migration ne donne aucune symptomatologie clinique ; du fait de certaines localisations dangereuses, en l'occurrence vasculaire, ou de la formation de calculs en cas de migration vésicale. La technique de retrait fait appel, suivant les cas, aux méthodes endoscopiques en 1ère intention, la laparotomie est réservée aux échecs de ces méthodes moins invasives [4,6,15].

CONCLUSION

Loin d'être exceptionnelle, la perforation utérine par le dispositif intra-utérin demeure un incident ou un accident toujours possible, classiquement fortuit, mais parfois prévisible. Sa prévention doit non seulement tenir compte du respect des contre-indications, mais aussi de la connaissance des facteurs favorisants, d'une technique de pose rigoureuse, ainsi qu'une surveillance clinique attentive afin de dépister les perforations secondaires.

REFERENCES

- 1- **Joseph A Spinnato II.** Mechanism of action of intra-uterine contraceptive devices and its relation to informed consent - Amj Obstet Gynecol, 1997: March, 176 (3), 503-6.
- 2- **Kristin L Dardano, Ronald T Burkman.** The intra-uterine contraceptive device: an often forgotten and maligned method of contraception, Amj Obstet Gynecol, 1999 July, 181 (1), 1 – 5.
- 3- **Woods M, Wise H.M.** An unusual cause of cystolithiasis: a migrant intra-uterine device-The journal of urology, 1980 Nov, vol 124, 720 – 1.
- 4- **Riethmuller D, Gay C, Benoit S, Roth Ph, Schaal JP, Maillet R, Colette C.** La migration abdominale d'un DIU peut-elle être à l'origine d'une rupture utérine gravidique ? Rev. Fr. Gynécol. Obstét, 1996, 91 (10), 496 – 498.
- 5- **Borel P.** Aspects échographiques des dispositifs intra - utérins, la revue du gynécologue obstétricien, 1991, (8), 305 - 316.
- 6- **Blanc B, Boubli L.** Contraception par stérilet - Gynécologie, éd Pradel, 2^{ème} édition, 1989, 219 – 225.
- 7- **Gueddana F, Koubaâ A, Hajjami R, Chemem, Lebbene L, Bettaieb T, Benzineb T.** la migration du stérilet, Maghreb Médical, 1993 ; 272, 31-35 :
- 8- **Zouhal A, El Amrani N, Bensaid F, El Fehri H, Alaoui MT.** Migration intra-vésicale d'un dispositif intra-utérin, Médecine du Maghreb, 2000 ; 82, 21 – 24.
- 9- **Reziga H, El Hani R, Bassi B, Oueslati H, Marrakchi H, Zoghalmi H.** Migration pré-sigmoïdienne d'un dispositif intra-utérin : à propos d'une observation, la Tunisie Médicale, Août - Sept, 1994 ; 72 (8/9), 525 – 9.
- 10- **Nouri M, Fassi M, Koutani A, Ibn Attia A, Hachimi M, Lakrissa A.** Migration intra-vesicale d'un dispositif intra-utérin : a propos d'un cas, J. Gynécol - Obstét, Biol. Reprod : 1999, 28 (2), 162-9.
- 11- **Dietrick DD, Issa MM, Kabalin JN, Bassett JB.** Intra-vesical migration of intra-uterine device, The Journal of Urology, 1992 january; 147, 132 –4.
- 12- **Ben Abdelkrim Z, Mouelhi C, Chaker A, Basely M, Ben Khedher L, Ferchion M, Zhioua F, Meriah S.** Retrait pré-coelioscopique des DIU migrants : étude analytique à propos de 23 cas, la Tunisie Médicale ; 1997, 75 (2), 69 - 71.
- 13- **Shratter LA.** Ultrasonographic identification of an ectopic intra-uterin contraceptive device within the bladder : a case report, Am J Obstet. Gynecol ; 1993 169 (6), 1608 – 9.
- 14- **Pont R, Bellier L, Razanamparany J.** Un long voyage d'un dispositif intra-utérin dans les secteurs tropicaux - Med. Trop Janv – Feb ; 38 (1) : 85-6, 1978.
- 15- **Ibghi W, Batt M, Bongain A, Declémy S, Proton A, Hassen Kodhja R, Lebas P, Gillet JY.** Sténose de la veine iliaque par migration d'un dispositif-intra-utérin, J Gynécol. Obstét. Biol . Reprod ; 1995, 24, 273 – 5.
- 16- **Moulay A, Zahi M,** la migration abdominale des dispositifs intra-utérin : a propos de 4 cas extraits par coelioscopie, Rev . Fr. Gynécol. Obstét. 1983 Mars, 78 (3), 163- 9.