



Migration intra péritonéale d'un dispositif intra utérin : à propos d'une observation.

Intraperitoneal migration of an intra-uterine device: a case report

Fofana N¹, Keita M², Kondano SY¹, Bangoura MS¹, Camara M¹, Diallo AT¹.

¹. Service de Chirurgie Générale, Hôpital National Ignace Deen CHU de Conakry.

². Service de Gynécologie & Obstétrique, Hôpital National Ignace Deen CHU de Conakry.

Correspondances : Dr Naby FOFANA, Service de Chirurgie Générale, Hôpital National Ignace Deen, CHU de Conakry.

Téléphone : (224) 628 50 57 52 Email : bounafofana02@gmail.com

Reçu : le 3 août 2022 - Accepté : le 30 septembre 2022 - Publié : le 3 octobre 2022

MOTS CLÉS : Cellulite orbitaire, CADESS/O

RESUME

La contraception par DIU est une méthode de contraception très répandue et efficace (référence). La perforation utérine et la migration du dispositif est une complication rare mais souvent grave. Nous rapportons ici le cas d'une femme âgée de 32 ans que nous avons reçue pour douleurs hypogastriques sans autres signes associés chez qui une radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) a montré un DIU en position sus pubienne. L'exploration per opératoire a noté un DIU incarcéré dans l'épiploon et une plaie ponctiforme non hémorragique sur la face latéro postérieure droite de l'utérus. Nous avons procédé à l'extraction du dispositif et à la résection de l'épiploon. Les suites ont été simples.

La survenue de douleurs hypogastriques chez une porteuse de DIU, devrait conduire à une vérification et au besoin la réalisation d'examens d'imagerie pour déceler tôt une migration éventuelle du dispositif.

Mots clés : DIU, migration, cavité péritonéale, extraction.

KEY WORDS : IUD, migration, peritoneal cavity, extraction.

SUMMARY

IUD contraception is a widely used and effective method of contraception. Uterine perforation and migration of the device is a rare but often serious complication. We report here the case of a 32-year-old woman whom we saw for hypogastric pain without other associated signs in whom an unprepared abdominal X-ray (UXR) showed an IUD in a suprapubic position. Intraoperative exploration revealed an IUD incarcerated in the omentum and a non-hemorrhagic punctiform wound on the right posterior surface of the uterus. We proceeded to remove the device and resect the omentum. The postoperative course was simple.

The occurrence of hypogastric pain in an IUD wearer should lead to a check-up and, if necessary, to imaging examinations to detect early on a possible migration of the device.

INTRODUCTION

La méthode contraceptive mécanique la plus utilisée à travers le monde est le dispositif intra-utérin (DIU). Sa mise en place est un acte médical simple mais qui peut être émaillé de complications majeures à type de perforation utérine et de lésions d'organes de voisinage. Ces complications sont rares mais peuvent être graves [1]. Les modalités thérapeutiques sont liées aux différentes localisations du DIU et des complications qu'ils peuvent entraîner [2]. Nous rapportons ici un cas de migration de DIU dans la cavité péritonéale observé dans le service de chirurgie générale de l'hôpital National Ignace Deen, CHU de Conakry.

OBSERVATION

Une femme de 32 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, 4^{ème} geste, 4^{ème} pare sous contraception par DIU depuis 6 mois, a consulté pour des douleurs hypogastriques à type de torsion sans autres signes d'accompagnement digestifs, urinaires et gynécologiques d'une évolution de trois mois. L'examen clinique a mis en évidence un abdomen symétrique, souple, avec une légère sensibilité hypogastrique. Le toucher vaginal a noté un utérus de taille normale légèrement sensible. Les fils de DIU n'ont été objectivés à l'examen au spéculum. Une radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) réalisée a permis de visualiser un dispositif intra utérin en position sus pubienne (figure1).



Figure1: Image de radiographie de l'abdomen sans préparation (face debout) montrant un DIU en position Sus pubienne (flèche).

Après un bilan biologique préopératoire de routine et une consultation anesthésique, la patiente a été prise au bloc opératoire. Par une incision médiane sous ombilicale, l'exploration a mis en évidence un DIU incarcerated dans l'épiploon (figure 2) et une plaie ponctiforme non hémorragique sur la face latéro-postérieure droite de l'utérus. Nous avons procédé à la libération et extraction du DIU (figure 3), extraction du dispositif. Les suites opératoires ont été simples et la patiente est sortie de l'hôpital au 7^{ème} jour.



Figure2 : vue opératoire montrant le DIU incarcerated dans l'épiploon (flèche).



Figure3 : DIU complet après extraction.



COMMENTAIRES

La méthode de contraception non définitive qui constitue l'un des moyens de choix est le DIU, très largement utilisé dans les pays en voie de développement et surtout dans les zones rurales [3]. La mise en place du DIU est un acte médical simple qui peut être accompagné de risques et de complications, comme la migration et l'infection. D'après les grands essais cliniques, l'incidence de la perforation utérine est rare et ne dépasse pas 1,3 pour 1000 poses [2,4]. Cette perforation précède la migration, elle peut se produire au moment de la pose du dispositif et passer inaperçue pour être découverte plus tardivement [5]. Habituellement, la migration trans-utérine de DIU se fait dans la cavité péritonéale et exceptionnellement dans les organes pelviens de voisinage comme la vessie et le recto-sigmoïde [6]. Sur le plan physiopathologique, le degré de l'inflammation de l'endomètre dû à l'action contraceptive du DIU empêche la nidation; l'importance des réactions inflammatoires est à la base de l'accumulation d'enzymes et de substances lysosomiales qui entraînent la destruction endométriale et favorisant ainsi la migration du DIU [4,6]. Théoriquement, la perforation de l'utérus a lieu au niveau du fond utérin, et est perçue au moment de la pose du dispositif ; elle est faite soit par la sonde, le positionneur ou tout autre instrument gynécologique [5]. Ces perforations sont soit partielles c'est à dire une partie seulement du DIU perce la paroi de l'utérus ou le col ou complètes lorsque le DIU traverse la paroi de l'utérus pour pénétrer dans la cavité abdominale [2]. Elle peut être due à une faute technique au moment de la pose ou secondairement due à une érosion progressive de la paroi utérine [4]. Il y a des facteurs favorisant la perforation utérine qui peuvent être liés à l'utérus, comme un myomètre fragilisé par des grossesses multiples, les utérus hypoplasiques, les utérus cicatriciels, les utérus très anté ou rétro versés et dans les suites de couches [2]. Le contrôle échographique pour vérifier le bon positionnement du DIU est fortement recommandé par certains auteurs [2,9], par contre, Boyon C et al [5], ne recommandent pas ce contrôle si la mise en place du dispositif a été effectuée sans difficulté. Lachiri B et al [2] et Boyon C et al [5], ont

rapporté que le risque est élevé lorsque la mise en place du dispositif a été réalisée les 6 premières semaines du post-partum et que le risque relatif est égal à 5. Haouas N et al [6], ont rapporté que le risque est multiplié par 10 au cours de l'allaitement, et cela pourrait s'expliquer par l'hypoestrogénie favorisant l'atrophie endométriale associée à une involution utérine importante, et la symptomatologie n'est évocatrice qu'à un stade très avancé : douleurs abdominales (30%) et grossesse non désirée (25%) [8] et cette symptomatologie est en rapport avec la localisation du DIU. Les localisations extra-utérines fréquemment rencontrées et par ordre de croissante sont les suivantes : l'épiploon, le recto sigmoïde, le péritoine, la vessie, l'appendice, l'intestin grêle, les annexes, et la veine iliaque [9]. En cas de suspicion de migration de DIU, les moyens pour localiser le DIU 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 [8]. Il est recommandé de retirer immédiatement le DIU ectopique par voie endoscopique pour diminuer les risques inflammatoires pouvant être responsables de péritonite, de perforation intestinale ou d'adhérences [10].

CONCLUSION

Le DIU est une méthode contraceptive efficace et largement utilisée à travers le monde, globalement tolérée et à longue durée d'action. L'insertion de DIU doit être précédée par un examen gynécologique minutieux et suivie d'une surveillance régulière. La perforation utérine est une complication rare mais grave. Dès que la migration est suspectée, il faut procéder à une échographie pour vérifier la position du dispositif.

REFERENCES

1. **Baroud O, Ikouch K, El Assaad H, Imami Y, Mahdaoui S, Boufettal H.** Migration intra-péritonéale d'un dispositif intra utérin : à propos d'un cas. *Int. J. Adv. Res.* 2021; 9(02): 986-989
2. **Lachiri B, Hafidi MR, Zazi A, Fagouri H, Kouach J, Rahali DM, Dehayni M.** Le stérilet migrateur : à



propos de deux cas et revue de la littérature. Pan African Medical Journal.2014; **19** :361

3. Mseddi AM, Mefteh IB, Slimane MH, Hamza M, Fourati H, Derbel M et al. Dispositif intra-utérin migre dans la vessie. J.I. M. Sfax 2017 ;**26** : 58–61

4. Bouzouba W, Alaoui FZ, Jayi S, Bouguern H, Melhouf MA. Intraperitoneal migration of an intrauterine device diagnosed 20 years after insertion: report of a case. The Pan African medical journal. 2014; **17**:7

5. Boyon C, Giraudet G, Guerin Du Masgenet B, Lucot JP, Goeusse P, Vinatier D. Diagnosis and management of uterine perforations after intrauterine device insertion: a report of 11 cases. Gynecologie, obstetrique & fertilité 2013;**41**:314-21

6. Haouas N, Sahraoui W, Youssef A, Thabet I, Mosbah AT. Migration intra-vésicale de dispositif intra-utérin compliquée de lithiase. J Gynécol Obstét Biol de la Reproduction.2006 ;**35** :288-92

7. Toure A, Sy T, Soumaoro LT, Leno DAW, Soumah AFM, Camara ND. Migration intra-appendiculaire d'un dispositif intra-utérin à propos d'un cas. Annales de la SOGGO2011 ; **17**(6) :119-121

8. Cristinelli S, Nisolle M, Foidart J-M. « Le cas clinique du mois. Sterilet en position annexielle : une complication rare ». Rev Med Liege2006; **61**(11): 747-749

9. Le Kettani NE-C, Dafiri R. Imagerie de la migration des dispositifs intra-utérins. Feuille Radiol.2007; **47**(3): 159–166

10. Bah MB, Maho K, Bah I, Gnammi RL, Barry M II, Bah IK et al. Migration of an Intra Uterine Device (IUD) on a Bilharzian Bladder: An Exceptional Fact About a Case. International Journal of Clinical Urology 2020; 4 (2):55-58.