

DISPOSITIF INTRA-UTERIN MIGRE DANS LA VESSIE

INTRAUTERINE DEVICE MIGRATED INTO THE BLADDER

AM. MSEDDE^{1,3}, I. BEN MEFTEH^{2,3}, M. HADJ SLIMANE^{1,3}, M. HAMZA^{1,3}, H. FOURATI^{1,3}, M. DERBEL^{2,3},
N. REBAI^{1,3}, H. GASSARA^{2,3}, M. BOUASSIDA^{1,3}, K. CHAABÈNE^{2,3}, MN. MHIRI^{1,3}

1 : Service d'Urologie, CHU Hbib Bourguiba, Sfax

2 : Service de Gynécologie Obstétrique, CHU Hédi Chaker Sfax

3 : Faculté de médecine, Université de Sfax, Tunisie

*e-mail de l'auteur correspondant : Mseddi_amine@yahoo.fr

Résumé :

Le dispositif intra-utérin (DIU) est non dénué de complications. Cependant, la migration intra-vésicale d'un DIU est une complication rare. Les auteurs rapportent deux observations de DIU ayant migré dans la vessie et qui se sont secondairement calcifiés. Il s'agit de 2 patientes porteuses de DIU respectivement depuis 1 et 5 ans. Les signes d'appels cliniques étaient dominés par une symptomatologie urinaire: une impériosité mictionnelle associée à une pollakiurie pour l'une et une hématurie terminale pour l'autre. Un arbre urinaire sans préparation associé à une échographie abdomino-pelvienne ont permis de poser le diagnostic d'un DIU migré dans la vessie. Le traitement a consisté en une lithotritie balistique endo- vésicale de la boucle calcifiée avec extraction du stérilet par voie endoscopique. Afin d'éviter de telles situations, l'étude de l'anatomie de l'utérus à l'aide d'une échographie endovaginale, le dépistage de contre-indications associées à la surveillance ultérieure semble être intéressant.

Mots-clés : Dispositif intra-utérin ; Migration trans-utérine ; Calcul vésical.

Abstract :

The intrauterine device (IUD) is not without complications. However, intravesical migration of an IUD is a rare complication. The authors report two cases with IUD migrated into the bladder and which secondarily calcified. It is about 2 patients bearing IUD respectively from 1 to 5 years. Calling clinical signs were dominated by urinary symptoms: urinary urgency associated with a pollakiuria for one and a terminal hematuria for the other. A urinary tract without preparation associated with abdominal-pelvic ecography led to the diagnosis of an IUD migrated into the bladder. The treatment consisted of an endo-bladder ballistic lithotripsy of calcified loop extraction IUD endoscopically.

To avoid such situations, the study of the anatomy of the womb by means of an endovaginale ultrasound and the screening of contraindications associated with a later surveillance seems to be interesting.

Key words : Intrauterine device ; Trans-uterine migration ; Bladder stones

ملخص:

لا يخلو استعمال الجهاز داخل الرحم (اللولب) من بعض التعقيدات. ومع ذلك، فإن هذه الهجرة داخل المثانة تمثل تعكرا نادرا. تحدث كتاب هذا التقرير عن حالتين من الأجهزة داخل الرحم و التي هاجرت إلى المثانة والتي تكلست في مرحلة ثانية. علما أن هتين المريضتين تحملان اللولب على التوالي منذ سنة و 5 سنوات.

وقد سيطرت العلامات السريرية المرتبطة بالأعراض البولية: الإلحاح البولي مع تبول لدى مريضة وبيلة دموية في النهاية للأخرى. وقد مكن الكشف بواسطة الأشعة لشجرة المسالك البولية دون إعداد و المرتبطة بالموجات فوق الصوتية للبطن والحوض من تشخيص اللولب المهاجر إلى المثانة. تألف العلاج من تقنيت حصى باليستي داخل المثانة للحلقة المنكلسة مع استخراج اللولب بالتنظير. و لتجنب مثل هته الحالات، فإن دراسة تشريح الرحم باستخدام الموجات فوق الصوتية عبر المهبل، وتقصي الموانع مع الربط بالمراقبة اللاحقة تبدو مهمة.

الكلمات المفاتيح : جهاز داخل الرحم ; الهجرة عبر الرحم ; حصى المثانة.

INTRODUCTION

Les dispositifs intra-utérins (DIU) sont la première méthode de contraception réversible dans le monde (15,5 % des femmes âgées de 15 à 49 ans) [1-4]. Ils font partie des méthodes les plus efficaces avec un indice de Pearl inférieur à 1 pour 100 années femme [1, 5, 6]. Sa pose constitue un geste courant simple et anodin en pratique gynécologique, mais parfois elle est émaillée de complications diverses. La perforation utérine est l'une de ses complications, elle est exceptionnelle (de 1,3 à 1.6 pour 1000 poses) [5, 7]. Cette perforation est suivie d'une migration dans les différents organes de voisinage. Le cas de migration vésicale est associé souvent à une formation d'un calcul sur le DIU, rarement des fistules vésico-vaginales et des infections pseudo-tumorales type actinomycose sont observés[8].

OBSERVATIONS

Mme T.N et M.S âgées respectivement de 39 ans et 28 ans, porteuses de DIU en cuivre depuis respectivement 5 ans et 1 an. Dans leurs antécédents, un épisode d'infection génitale basse traitée par antibiothérapie avec récurrence de signes d'irritation vésicale (à type de brûlures mictionnelles, pollakiurie et dysurie mictionnelles). La survenue d'un épisode d'hématurie terminal chez Mme T.N et la non amélioration de la symptomatologie chez Mme M.S l'ont amenés à consulter. Chez les deux patientes, l'examen urologique était normal et l'examen gynécologique n'a pas objectivé le fil de DIU. L'examen cytobactériologique des urines a montré une leucocyturie avec une culture négative.

Les explorations radiologiques avaient la même interprétation chez les deux patientes; Ainsi, sur l'arbre urinaire sans préparation (AUSP), nous avons visualisé une opacité de tonalité calcique englobant le stérilet et se projetant sur l'aire vésicale (figure 1). L'échographie pelvienne avait objectivé une lithiase vésicale de 33 mm de grand axe autour du stérilet (figure 2) confirmé chez l'une d'elle par un uro-scanner (figure 3).

À la cystoscopie, nous avons trouvé dans les deux cas une grosse lithiase vésicale qu'on a fragmentée par une lithotritie endocorporelle au lithoclast balistique faisant apparaître le DIU dont l'extraction à la pince à corps étranger était facile. (figure 4)

Les suites opératoires étaient simples. Sur la radiographie pelvienne sans préparation de

contrôle, nous n'avons pas retrouvé de débris lithiasiques résiduels.



Figure 1 : Arbre urinaire sans préparation montrant une volumineuse opacité de tonalité calcique se projetant sur l'aire vésicale, avec superposition d'un dispositif intra-utérin.

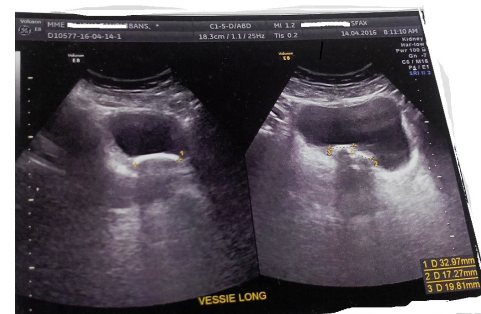


Figure 2 : Cliché d'échographie montrant la vacuité utérine et le calcul en intra-vésical.

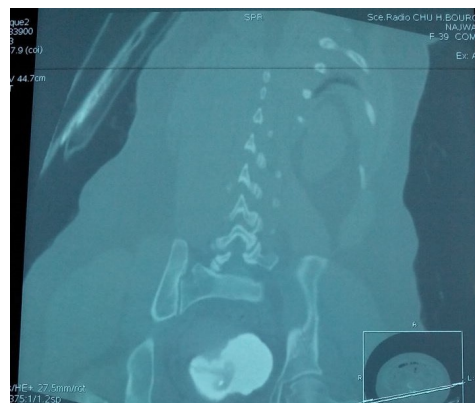


Figure 3 : Tomodensitométrie en reconstructions sagittales mettant en évidence le calcul intra-vésical.



Figure 4 : Image de la cystoscopie et de DIU après fragmentation de la lithiase.

DISCUSSION

Le DIU constitue un des moyens de choix pour la contraception non définitive. Il est largement utilisé dans les pays en voie de développement et en particulier dans les zones rurales.

L'insertion du DIU est un acte médical simple mais non dénué de risques et de complications, telles la migration après perforation utérine et l'infection. L'incidence de la perforation utérine est rare et ne dépasse pas 1,3 pour 1000 poses, selon de grands essais cliniques rapportés [5, 9-12]. Elle précède la migration, et se produit souvent au moment de la pose, mais peut passer inaperçue et n'être découverte que secondairement [4, 6, 10, 13-15].

La migration trans-utérine de DIU se fait habituellement dans la cavité péritonéale et rarement dans les organes pelviens de voisinage essentiellement la vessie et le recto-sigmoïde. Les localisations pelviennes extra-vésicales sont exceptionnelles [10, 16].

En fait sur le plan physiopathologique, l'action contraceptive du DIU est due à l'importance de l'inflammation endométriale empêchant ainsi la nidation [1]. En effet, l'importance des réactions inflammatoires entraînent une accumulation d'enzymes et de substances lysosomiales favorisant donc la destruction endométriale et la migration du DIU [9, 10, 14, 16, 18].

Sur le plan théorique, la perforation de l'utérus a lieu au niveau de la paroi musculaire du fond utérin est perçue au moment de la pose de DIU soit par la sonde, le positionneur ou tout autre instrument gynécologique [10, 13].

Ces perforations peuvent être : partielles (quand une partie seulement du DIU perce la paroi de l'utérus ou le col) ou complètes (quand le DIU traverse la paroi de l'utérus pour pénétrer dans la cavité abdominale) [5, 7, 14, 15, 19]. 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, 7, 9, 10, 19].

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 rétro versés et dans les suites de couches [3, 5-7, 10-12, 14, 19]. Certains auteurs insistent donc sur la vérification du bon positionnement du DIU à l'aide d'une échographie de contrôle [3, 5, 20], alors que C. Boyon et al ne la recommande pas en cas d'une pose sans difficultés [13]. Nos patientes ne présentaient pas de facteur de risque particulier. Boutaina.L ainsi que C.Boyon ont objectivé que le risque est plus élevé pour les insertions pratiquées

pendant les six premières semaines du post-partum avec un risque relatif égal à 5 [5, 13], comme c'était le cas chez notre patiente M.S. Dans le même contexte, N.Haouas a mentionné que ce risque est multiplié par 10 durant la période d'allaitement, ceci peut être expliqué par l'hypoestrogénie qui favorise l'atrophie endométriale associée à une involution utérine importante [13, 16, 21].

Les conséquences de la migration du DIU en trans-utéro-vésicale sont variables. La formation d'un calcul sur le DIU reste l'éventualité la plus fréquente. Par ailleurs, il peut s'agir soit d'une fistule vésico-utérine soit d'une actinomycose pelvienne englobant la vessie [8, 14, 16].

En effet, pour des raisons anatomiques et hormonales, la lithiase vésicale chez la femme n'est pas habituelle, elle est 7 à 10 fois moins fréquente que chez l'homme. MHIRI et al [22] a objectivé que la formation de la lithiase vésicale chez la femme est favorisée par une cause locale pouvant être un DIU, aussi l'infection urinaire par le biais de l'uréolyse et la formation de cristaux de struvite favorise la lithogénèse [6, 15, 20, 22].

Rachida. La mentionné que le délai de formation du calcul varie entre six mois et 16 ans. et que sa taille varie de 2 à 5 cm, soit qu'il est formé sur une seule partie du DIU, soit qu'il le moule complètement comme dans nos observations[6]. Souvent, la perforation utérine par le DIU est asymptomatique [6, 7, 10, 12, 14]. Sinon la symptomatologie est souvent urinaire faite de pollakiurie, impériosité mictionnelle, de brûlures mictionnelles et d'une dysurie traitée comme une cystite sans explorations radiologiques. Cette symptomatologie a été retrouvée chez nos 2 malades. Aussi une hématurie terminale peut être parfois associée à cette symptomatologie urinaire comme c'est le cas de Mme T.N [10, 14, 16]. Concernant l'examen urologique, il est souvent pauvre. Rarement, il peut objectiver l'issue du fil du DIU à travers le méat lors des efforts mictionnels [16, 19]. Ce dernier permet également de chercher une fistule urinaire associée à l'épreuve de remplissage vésical par le bleu de méthylène [19]. Cette éventualité n'a pas été retrouvée chez nos patientes.

Le diagnostic est souvent évoqué sur l'AUSP qui montre le DIU avec sa tonalité métallique englobé dans une opacité de tonalité calcique [14, 16, 21]. L'échographie permet de confirmer la localisation intra-vésicale du DIU avec la vacuité de la cavité utérine [6, 10, 14].

La cystoscopie reste le moyen diagnostique le plus fiable. Elle constitue le premier temps d'un traitement endoscopique [7, 14, 15, 19, 20].

L'extraction du DIU peut se faire soit par voie endoscopique comme nous avons procédé dans notre travail, ou par une taille vésicale. En cas de fistule vésico-utérine, la cure chirurgicale est souvent la règle [23]. 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. La durée du traitement est variable de 3 à 12 mois [16, 19].

L'évolution est souvent favorable après l'extraction du DIU et le taux de récurrence est nul [6, 8].

CONCLUSION

L'insertion de DIU doit être précédée par un examen gynécologique minutieux et suivie d'une surveillance régulière. La migration trans-utéro-vésicale du DIU est une complication rare. L'évolution vers la formation d'un calcul vésical est souvent la règle, dont le traitement de choix est la lithotritie balistique du calcul avec extraction du stérilet par voie endoscopique.

REFERENCES

- [1]Boudineau M, Multon O, Lopes P. Contraception par dispositif intra-utérin. *Encycl Méd Chir. Gynécologie*. 2001;7 38-A-09.
- [2] Serfaty D. Les dispositifs intra-utérins. In: Carbone B, editors. *Mises à jour en gynécologie et obstétrique*. Paris: Vigot ; 2000.p. 281-306.
- [3]Ech-Cherif El Kettani N, Dafiri R. Imagerie de la migration des dispositifs intra-utérins. *Feuillets de Radiologie*. 2007;47:159-66.
- [4]Rahnemai-Azar AA, Apfel T, Naghshizadian R, Cosgrove JM, Farkas DT. Laparoscopic Removal of Migrated Intrauterine Device Embedded in Intestine. *JSL: Journal of the Society of Laparoscopic Surgeons*. 2014;18(3).
- [5]Lachiri B, Hafidi MR, Zazi A, Fagouri H, Kouach J, Rahali DM, et al. Migratory IUD: report of two cases and review of the literature. *The Pan African medical journal*. 2014;19:361.
- [6]Latib R, Ennafaa I, Chami I, Boujida MN, Jroundi L. Lithiase vésicale compliquant une migration de dispositif intra-utérin. *Imagerie de la Femme*. 2010;20:155-7.
- [7]Zouhal A, El Amrani N, Bensaid F, El Fehri H, Alaoui M. Migration intra-vésicale d'un dispositif intra-utérin. À propos d'un cas. *Maghreb Med*. 1993;272:31-5.
- [8]Bacha K, Ben amna M, Ben hassine L, Ghaddab S, Ayed M. Dispositif intra-utérin migré dans la vessie. *Progrès en urologie*. 2001;11:1289-91.
- [9]Bouzouba W, Alaoui FZ, Jayi S, Bouguern H, Melhouf MA. Intra-peritoneal migration of an intrauterine device diagnosed 20 years after insertion: report of a case. *The Pan African medical journal*. 2014;17:7.
- [10]El Ammari JE, El Fassi MJ, Farih MH. Intravesical migration of intrauterine devices. *Presse medicale*. 2009;38:1185-8.
- [11]Madelenat P. DIU au cuivre: pourquoi choisir une contraception non-hormonale? *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2010;38:H2-H5.
- [12]Tixier H, Mourtialon P, Combiér JP, El Khaddari S, Douvier S, Sagot P. [A migrating IUD...]. *Jchi (paris)*. 2009;146:573-5.
- [13]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.
- [14]Joual A, Querfani B, Taha A, El-Mejjad A, Frougui Y, Rabii R, et al. Migration intravésicale d'un dispositif intra-utérin compliquée d'une lithiase. *Prog Urol*. 2004;14:374-5.
- [15]Atakn T, Kaplan M, Ertrk E. Intravesical migration of intrauterine device resulting in stone formation. *Urology*. 2002;60:911.
- [16]Haouas N, Sahraoui W, Youssef A, Thabet I, Mosbah AT. Migration intra-vésicale de dispositif intra-utérin compliquée de lithiase. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2006;35:288-92.
- [17]Gronier H, Letombe B, Collier F, Dewailly D, Robin G. Focus on intrauterine contraception in 15 questions and answers. *Gynecologie, obstetrique & fertilité*. 2011;40:37-42.
- [18]Chang CH, Chou CY, Lee WI, Tzeng CC, Liu CH. Pelvic actinomycosis with colo-ileo-vesical fistula formation: report of a case. *Formos Med Assoc*. 1992;91:342-5.
- [19]Ceccato V, Boileau A, Roblin M, Tariel D, Bon D, Estrade V. Migration intravésicale d'un dispositif intra-utérin. *Stratégies d'exploration et modalités thérapeutiques. Progrès en Urologie*. 2007;17:256-9.
- [20]Özdemir H, Mahmutyazıcıoğlu K, Tannrverdi HA, Gündoğdu S, Savranlar A, Özer T. Migration of an intrauterine contraceptive device to the ovary. *Journal of Clinical Ultrasound*. 2004;32:91-4.
- [21]Kaislasuo J, Suhonen S, Gissler M, Lahteenmaki P, Heikinheimo O. Uterine perforation caused by intrauterine devices: clinical course and treatment. *Human reproduction*. 2013;28:1546-51.
- [22]Mhiri M, Bayouhd H, Mhiri C, Rekik S, Smida L. Le calcul vésical chez la femme: à propos de 10 cas. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*. 1990;19:979-82.
- [23]Ornellas AA, Waintrub S, Carvalho J, Koifman N, Bullos S. Fistule vésico-vaginale après ablation d'un corps étranger intra-vaginal négligé. *Progrès en Urologie*. 2006;16:502-4.