

MIGRATION D'UN DISPOSITIF INTRA-UTERIN COMPLIQUE DE LITHIASE VESICALE

M.H. MEZZOUR, H. EL KENTAOUI, Y.A. EL MESSAOUDI, H. BALHOUSS, R. ABOUTAIEB, A. EL MOUSSAOUI, R. RABII, A. JOUAL ET F. MEZIANE
Service d'Urologie B, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

INTRODUCTION

Depuis le début de leur utilisation comme moyen contraceptif, plusieurs complications des dispositifs intra-utérins (DIU) ont été rapportées, parmi lesquelles on retrouve la perforation utérine et la migration vers les structures adjacentes¹.

Nous rapportons un cas de migration trans-utéro-vésicale d'un DIU qui s'est calcifié secondairement.

OBSERVATION

Mme B.F, âgée de 36 ans, ayant dans ses antécédents cinq gestes et cinq pares, les cinq accouchements étaient par voie basse. La patiente a rapporté qu'elle était porteuse d'un DIU depuis deux ans. La symptomatologie remontait à quatre mois avant sa première consultation par des douleurs sus-pubiennes associées à une impériosité mictionnelle, des brûlures mictionnelles, une pollakiurie diurne et nocturne avec un épisode d'hématurie terminale. L'examen physique était strictement normal. L'étude cytot bactériologique des urines (ECBU) a retrouvé une leucocyturie à 31500 .000 / ml et la culture des urines a révélé la présence de germes enterococcus faecalis sensible à plusieurs antibiotiques. L'Arbre Urinaire sans préparation (AUSP) a montré une image de stérilet avec sa forme classique en « T » englobé dans une opacité de tonalité calcique se projetant sur l'aire pelvienne (Fig.1). L'échographie pelvienne a permis d'objectiver une lithiase vésicale (Fig.2), le DIU n'a pas été retrouvé dans l'utérus. La cystoscopie diagnostique a mis en évidence un stérilet entouré d'une masse calculeuse avec un fil nu ballottant dans la lumière vésicale, la muqueuse vésicale était saine. Une antibiothérapie à base d'amoxicilline a été administrée pendant 5 jours, l'ECBU de contrôle était stérile. Une cystolithotomie sous anesthésie loco-

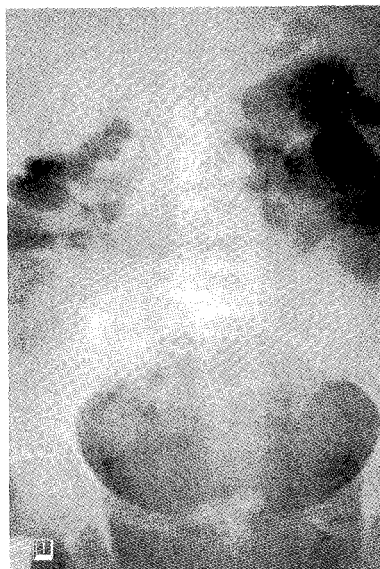


Fig. 1: Arbre Urinaire sans préparation (AUSP) objectivant le DIU en «T» avec sa tonalité métallique entouré par lithiase

régionale a été réalisée et a permis l'extraction d'une lithiase de vessie en forme de « T » formée autour du DIU (Fig.3). La patiente fut déclarée sortante à J 4 du post opératoire avec des suites simples.

COMMENTAIRES

L'histoire du DIU remonte aux Contes des mille et une nuit, mais c'est à partir des années 1970 que son emploi s'est démocratisé, même s'il peut occasionner des complications non négligeables surtout si la patiente ne se fait pas surveiller régulièrement². Parmi ces complications, les infections gynécologiques passent au premier plan suivies des perforations utérines estimées entre 0,2 à 15 pour 1000 insertions². Ces perforations peuvent être immédiates au cours de la pose du DIU ou

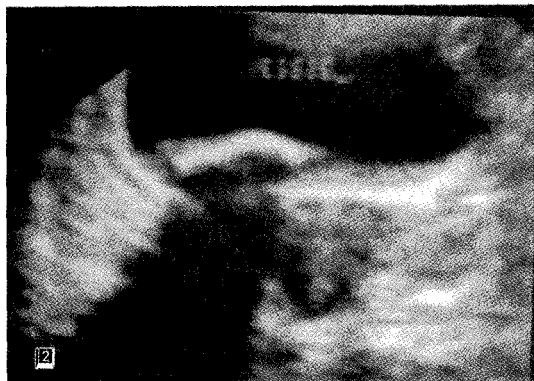


Fig. 2: Echographie pelvienne montrant une lithiasse vésicale

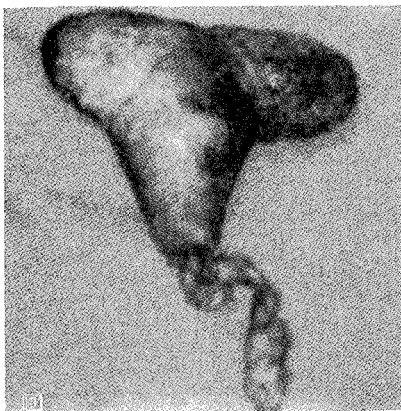


Fig. 3: Aspect du DIU calcifié après extraction

retardées suite à l'érosion progressive de la paroi utérine, liée au processus inflammatoire du DIU^{2,3}. La migration trans-utérine, bien que rare, doit toujours être présente à l'esprit⁴, cette migration commence par l'incarcération d'une branche du DIU dans le myomètre, suivie des phénomènes inflammatoires entraînant une accumulation importante d'enzymes lysosomiales lytiques favorisant la destruction endométriale ainsi que les contractions utérines aboutissant en définitive à la migration du DIU³⁻⁶. Les facteurs favorisant cette migration sont représentés essentiellement par la pose précoce du DIU en post-abortum ou en post-partum, la multiparité, l'utérus cicatriciel, la malposition utérine, la tuberculose utérine et l'expérience de l'opérateur¹⁻³.

Il semble donc important après la pose d'un DIU de vérifier son bon déploiement et son bon positionnement par une échographie de

contrôle². La disparition des fils repères représente le premier signe de migration (35 %)², mais ce n'est qu'au stade de complications que la symptomatologie devient bruyante. La douleur abdominale est la seconde cause de découverte (30%) puis la survenue d'une grossesse (25%) et l'auto-détection de la migration du DIU (11%)^{4,7}. La migration trans-utérine des DIU négligés pendant des années (jusqu'à 36 ans)⁴ peut prendre plusieurs directions pour se localiser soit dans l'abdomen essentiellement dans le cul de sac de Douglas, le ligament large et l'épiploon (45%)¹⁻⁴, les localisations digestives essentiellement coliques et mésentériques et les localisations vésicales sont moins fréquentes^{1,4}, les atteintes vasculaires sont exceptionnelles².

Les conséquences de la migration du DIU en trans-utéro-vésicale sont variables. La formation d'un calcul autour du DIU demeure l'éventualité la plus fréquente^{1,4,6,8-10}, comme c'est le cas de notre patiente. Par ailleurs, il peut s'agir soit d'une fistule vésico-utérine soit d'une actinomycose pelvienne englobant la vessie^{4,11-13}.

La présence d'un DIU dans la vessie chez la femme engendre une symptomatologie urinaire faite essentiellement de brûlures et d'impériosités mictionnelles avec des infections urinaires récidivantes et une hématurie terminale^{1,4}. Cette symptomatologie a été retrouvée chez notre malade.

L'examen urologique est souvent pauvre, rarement il permet d'objectiver l'issue du fil du DIU à travers le méat lors des efforts mictionnels, il doit également rechercher une fistule urinaire associée^{3,4}. Parfois, cette migration intra-vésicale est totalement asymptomatique et le diagnostic est posé fortuitement à l'occasion d'un bilan radiologique^{4,8}. Caspi et al.⁸ ont rapporté un cas de migration vésicale d'un DIU découvert d'une manière fortuite lors d'une échographie pelvienne. Le diagnostic est souvent évoqué sur l'AUSP qui montre le DIU avec sa tonalité métallique englobé dans une opacité de tonalité calcique^{3,4}, ceci a été retrouvé chez notre patiente. L'échographie permet de confirmer la localisation intra-vésicale du DIU et la vacuité utérine.

Le traitement consiste en l'extraction du DIU par voie endoscopique^{4,10} ou par taille vésicale^{1,3-5}, et le traitement des complications associées. En cas de fistule vésico-utérine, la cure chirurgicale est de mise^{4,13}.

Ailleurs, Kriplani et col.¹² ont rapporté un cas de DIU migrant avec perforation partielle de la paroi vésicale traitée avec succès par voie laparoscopique. L'évolution est souvent favorable, le taux de récurrence est nul^{4,9}.

En conclusion, la pose d'un DIU doit obéir à des indications bien précises. Une surveillance rigoureuse par une échographie de contrôle s'impose pour vérifier son bon positionnement à l'intérieur de la cavité utérine. Une éventuelle migration trans-utéro-vésicale doit être suspectée chez toute femme porteuse d'un DIU et présentant des cystites à répétition. Le diagnostic est aisé par l'apport des données de l'AUSP et de l'échographie pelvienne. Le traitement repose sur la lithotritie endo-vésicale ou la cystolithotomie. L'évolution est favorable.

BIBLIOGRAPHIE

1. Nouri M, Fassi M, Koutani A, Ibn Attya A, Hachimi A, Lakrissa A. Migration of an intrauterine device into the bladder. Report of a case. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 1999, 28:162.
2. Cuillier F, Ben Ghalem S, Haffaf Y. Stérilet appendiculaire: une exceptionnelle complication. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2003, 32:55.
3. Joual A, Querfani B, Taha A et al. Migration intra vésicale d'un dispositif intra-utérin compliquée d'une lithiase. *Prog Urol* 2004, 14:374.
4. Bacha K, Ben Amna M, Ben Hassine L, Ghaddab S, Ayed M. Dispositif intra-utérin migré dans la vessie. *Prog Urol* 2001, 11:1289.
5. Maskey CP, Rahman M, Sigdar TK, Johnsen R. Vesical calculus around an intra-uterine contraceptive device. *Br J Urol* 1997, 79:654.
6. Riethmuller D, Gray C, Benoit S et al. La migration abdominale d'un DIU peut-elle être à l'origine d'une rupture utérine gravidique? *Rev Fr Gynécol Obstet* 1996, 91:496.
7. Kassab B, Audra P. The migrating intrauterine device. Case report and review of the literature. *Contracept Fertil Sex* 1999, 27:696.
8. Caspi B, Rabinerson D, Appelman Z, Kaplan B. Penetration of the bladder by a perforating intra-uterine contraceptive device: a sonographic diagnosis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1996, 7:458.
9. Hernandez-Valencia M, Carillo Pacheco A. Intra-vesical translocation of an intrauterine device. Report of a case. *Gynecol Obstet Mex* 1998, 66:290.
10. Yalcin V, Demirkesen O, Alici B, Onol B, Solok V. An unusual presentation of a foreign body in the urinary bladder: A migrant intrauterine device. *Urol Int* 1998, 61:240.
11. Vendittelli F, Mousteau A, Gallais A, Janky E, Tabaste JL, Roudier M. Actinomycose pelvienne sur stérilet. A propos de deux cas. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 1997, 26:166.
12. Kriplani A, Banerjee N, Hemal AK, Takkar D. Partial perforation of bladder by multiloop. *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 1999, 39:133.
13. Grody MH, Nyirjesy P, Chatwani A. Intravesical foreign body and vesicovaginal fistula: a rare complication of a neglected pessary. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1999, 10:407.

Tirés-à-part:

Dr. Mohamed Hicham MEZZOUR
Bd. Ibn Sina, Imm F, App no. 3
Hay Salam, cil
20200 Casablanca
Maroc

hmezzour@yahoo.fr