



Cas clinique

Migration du dispositif intra-utérin dans le canal ano-rectal à propos d'un cas à l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes

Migration of the intrauterine device into the anorectal canal about a case at the Fousseyni Daou Hospital in Kayes

B Macalou*¹, M Diassana¹, S Dembele¹, A Sidibe², A Hamidou², F Kane³, M Traore⁴, M Sima⁴, C Sylla⁵, S Traore⁶, H Dembele⁷

Résumé

La migration trans-utérine du stérilet est une complication non exceptionnelle. Son incidence est estimée dans la littérature de 1/10 000 insertions à 1/350 insertions. Cette migration se fait le plus souvent vers la cavité abdominale. Plus rarement, elle se fait vers le pelvis. [1, 2]

Nous rapportons le cas de migration ano-rectale du stérilet chez une femme multipare de 30 ans admise le service de Gynécologie, à la suite d'une référence d'un cabinet médical de la place pour « présence de fil du dispositif intra-utérin dans la voie recto-anale ». Les modalités thérapeutiques sont dépendantes de la localisation du DIU et de ses éventuelles complications.

Mots-clés : Dispositif intra-utérin, migration ano-rectal, ablation.

Abstract

Transuterine migration of the IUD is a non-exceptional complication. Its incidence is estimated in the literature from 1/10,000 insertions to 1/350 insertions [1, 2]. This migration is most often done to the abdominal cavity. More rarely, it is done towards the pelvis.

We report the case of ano-rectal migration of the IUD in a 30-year-old multiparous woman admitted to the Gynecology Department, following a reference from a medical office of the place for «presence of thread of the intrauterine device in the recto-anal route». The therapeutic modalities are dependent on the localization of the IUD and its possible complications. Keywords: Intrauterine device, anorectal migration, ablation.

Introduction

Le dispositif intra utérin est la méthode contraceptive la plus utilisée à l'échelle mondiale [3]. 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 recto sigmoïde [4]. Les localisations pelviennes extra-vésicales sont exceptionnelles [3]. Il a été décrit également des migrations au niveau du cul-de-sac du Douglas, de l'épiploon, du mésentère, et même du colon [5]. Nous rapportons un cas de migration ano-rectale du

stérilet avec exérèse non chirurgicale.

Cas clinique

Mme C., 30 ans, multipare, sans antécédent médico-chirurgical particulier a consulté initialement un centre de santé communautaire (niveau I) où l'insertion de son DIU type Gyne-T380 a eu lieu il y a 3 ans, pour retrait du stérilet. Trois tentatives de retrait du DIU pour fil du stérilet non visualisé dans le canal cervical ont été réalisées sans succès. Au cours de chacune des tentatives une échographie pelvienne a été réalisée mais aucune n'a objectivé le dispositif intra-utérin. Le stérilet a été considéré comme expulsé. La patiente n'a pas bénéficié d'ASP (Abdomen Sans Préparation). Sept mois après ces recherches infructueuses, elle a eu une grossesse et accoucha le 22 Janvier 2021 d'une fille vivante pesant 3395 g.

Cinq mois après l'accouchement au cours d'une festivité dansante, elle a eu des douleurs pelviennes suivies de diarrhées non sanguinolentes. Ainsi au cours des efforts de défécation Mme C. constata le bout du fil de son stérilet dans le canal recto-anal et se présenta dans un cabinet médical de la place qui nous l'adressa pour prise en charge.

A son admission dans le service Mme C. n'avait pas de symptomatologie douloureuse ni de diarrhée et signala que le bout du fil du DIU apparaissait à la marge anale au cours des efforts de poussées et remontait ensuite en dehors de ses efforts.

C'est ainsi qu'au cours de l'examen clinique nous avons visualisé le fil du DIU dans la marge anale (Figure 1). A la mobilisation prudente du dispositif intra-utérin, il était sans résistance (Figure 2) et nous avons procédé à son extirpation (Figure 3).

Les suites post extirpation du stérilet ont été simples.



Figure 1: Visualisation du fil du DIU à la marge anale



Figure 2: Mobilisation prudente du DIU sans résistance



Figure 3 : Extirpation du DIU

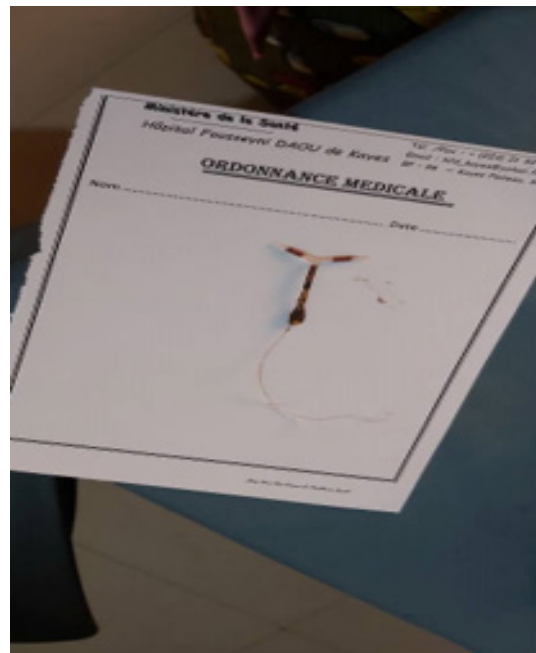


Figure 4 : DIU après retrait

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 [3], souvent en rapport avec l'inexpérience de l'opérateur [4, 5], 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 [3,4], c'était l'explication physiopathologique la plus possible dans notre cas car le diagnostic de migration a été fait très tardivement. 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.

La perforation peut être : partielle suite à une érosion graduelle, le DIU perce la paroi utérine et s'incruste dans le myomètre ; complète, le DIU traverse la paroi utérine pour pénétrer dans la cavité abdominale ou dans les organes creux voisins.

Les facteurs favorisant la migration de DIU sont multiples :

- DIU bioactifs

- un myomètre fragilisé cas d'une multipare
- 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. [6]

Devant la migration du DIU la conduite à tenir est souvent le retrait, l'OMS et la fédération internationale de planification familiale recommandent le retrait du 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-mésocolique, 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
- cœlioscopie chirurgicale: permet une vision directe et bilan lésionnel complet.

- laparotomie: dans certains cas de DIU inaccessible à la cœlioscopie.
- culdotomie: technique réservée pour DIU localisé au niveau du cul de sac de Douglas.
- cystoscopie: en cas de migration vésicale.
- et par rectoscopie. [7]

Dans notre cas le retrait a été non chirurgical, à la vue à l'aide de pince car les fils du DIU s'extériorisaient à la marge avec sa mobilité sans résistance au cours des efforts de défécation.

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.

*Correspondance

MACALOU Ballan

ballanmacalou@gmail.com

Disponible en ligne : 04 Avril 2022

- 1 : Service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes
- 2 : Centre de santé de référence de Kayes
- 3 : Centre de santé de référence de BLA
- 4 : Département de gynécologie-obstétrique du CHU POINT « G »
- 5 : Département de gynécologie-obstétrique du CHU GABRIEL TOURE
- 6 : Service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital régional de SIKASSO
- 7 : Cabinet médical « LA GRACE »

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] LANSAC J., LECOMTE P., MARRET H. : Gynécologie pour le praticien 6ème édition, 29 : 239.
- [2] HAOUAS N., SAHRAOUI W., YOUSSEF A., THABET I., MOSBAH A.T. : Migration intra vésicale de dispositif intra-utérin compliquée d'une lithiase. J. Gynecol.Obstet. Biol., Reprod. 2006 ; 35 :288-292.
- [3] 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.
- [4] 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.
- [5] I. Aarrab, S. Nabil, A. Zouhal et al. Migration de stérilet à propos de 21 cas. Maghreb médical vol 21, numéro 359, 2001.
- [6] N. Saadi, S. El Hajoui, S. Nabil et al. Migration cutanée d'un DIU, Maroc Médical, tome 25, n : 2, Juin 2003. 7 Irfan H., Atakan, Kaplam M. Intravésical migration of intra uterine device resulting in stone formation. Urology 60 (5), 2002.

Pour citer cet article :

B Macalou, M Diassana, S Dembele, A Sidibe, A Hamidou, F Kane et al. Migration du dispositif intra-utérin dans le canal ano-rectal à propos d'un cas à l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes. Jaccr Africa 2022; 6(2): 56-59