

LE CAS CLINIQUE DU MOIS

Stérilet en position annexielle : une complication rare

S. CRISTINELLI (1), M. NISOLLE (2), J-M. FOIDART (3)

RÉSUMÉ : Le stérilet est une méthode contraceptive largement diffusée, efficace mais non dénuée d'effets secondaires. La perforation utérine est une complication rare, passant le plus souvent inaperçue, mais pouvant s'avérer grave. Les facteurs de risque sont principalement l'insertion dans les 6 mois qui suivent un accouchement ou un curetage utérin. L'échographie est un examen qui doit être réalisé pour vérifier la position du stérilet. En cas de position ectopique, le retrait chirurgical est impératif.

MOTS-CLÉS : Stérilet – Perforation utérine

UTERINE PERFORATION BY AN INTRAUTERINE DEVICE

SUMMARY : The intrauterine device (IUD) is a widely used, effective and reversible means of birth control. Its insertion can be associated with perforation of the uterus. This is a rare complication, but with possible serious clinical consequences. There is an increased risk of uterine perforation if the IUD is inserted during 6 months of post-partum or after uterine evacuation. A follow up by sonography is essential. The surgical removal of the ectopic IUD is imperious.

KEYWORDS : Intrauterine device – Uterine perforation

OBSERVATION

Une patiente de 30 ans sans antécédent médico-chirurgical, primigeste, primipare, consulte à 5 mois du *post partum* pour un désir de contraception par stérilet.

Un examen gynécologique s'avère sans particularité. Un Dispositif Intra-Utérin de type Nova T[®] est placé sans difficulté, après avoir constaté l'absence d'une nouvelle grossesse par un dosage du β HCG. Une échographie gynécologique est réalisée 10 jours après l'insertion du DIU : le stérilet n'est pas retrouvé en intra-utérin, l'utérus est de volume normal, rétroversé latéralisé à droite, les annexes normales. Le balayage du pelvis avec la sonde abdominale ne retrouve pas de structure hyper-échogène. Une contraception par NOR-LEVO[®] est instaurée et une radiographie de l'abdomen sans préparation est réalisée mettant en évidence le stérilet en projection supra-vésicale paramédiane droite (Fig. 1).

En accord avec la patiente une coelioscopie est réalisée 2 semaines plus tard. Lors de la coelioscopie l'utérus est rétroversé, dévié à droite avec un magma inflammatoire comprenant l'annexe droite, la corne utérine droite, et l'uretère droit (Fig. 2). Après une adhésiolyse prudente les fils du stérilet sont observés dans ce magma annexiel et le stérilet est aisément extrait par traction sur les fils (Fig. 3). Un lavage soigneux, une hydro-dissection de l'uretère (Fig. 4) et une hémostase de la corne utérine droite sont réalisés (Fig. 5). Les suites opératoires sont simples et la patiente quitte le service le jour même. La visite gynécologique 6 semaines après l'intervention est strictement normale et la patiente ne garde aucune séquelle.

DISCUSSION

Le DIU est une méthode de contraception réversible, efficace (indice de Pearl de 0,5 à 2), mais non dénuée de complications (1). Parmi les plus fréquentes, le risque d'infection génitale haute est estimé à 1 pour 100 et le risque de perforation utérine de 0,87 à 2,2 pour 1000 (2). Ces perforations sont presque toujours immédiates au cours de la pose du DIU ou, très exceptionnellement, plus retardées par érosion progressive de la paroi utérine liée au processus inflammatoire en cas de perforation partielle lors de l'insertion. La symptomatologie classique correspond à une douleur et/ou un saignement lors du placement. La plupart des auteurs ne rapportent pas ces signes évocateurs (3) et la perforation n'est diagnostiquée que dans 14 % des cas (4). La disparition des fils repères est le premier signe de migration.

Le taux de perforation semble être dépendant de la qualification du praticien et surtout du nombre d'insertions réalisées (4). Des facteurs de risque de perforation ont été mis en évidence de façon statistiquement significative (2) : en cas d'insertion dans le *post-partum* le risque relatif (RR) de perforation est de 11,7 dans les 0 à 3 mois et de 13,2 dans les 4 à 6 mois qui suivent l'accouchement; en cas d'insertion chez une patiente avec un antécédent d'avortement par aspiration ou curetage utérin le RR est de 2,1 avec un risque d'autant plus élevé que l'insertion se pratique en post-abortum immédiat.

Ce n'est qu'à un stade plus avancé que la symptomatologie devient plus démonstrative : douleurs abdominales (30%) et grossesse non désirée (25%). Lorsque le stérilet se trouve en dehors de la cavité utérine, il peut se localiser soit dans le pelvis, soit dans l'abdomen et par ordre de fréquence à partir d'une revue de 165 cas : dans l'épiploon, le rectosigmoïde, le péritoine, la vessie, l'appendice, l'intestin grêle, l'annexe, et la veine iliaque (5).

(1) Candidat spécialiste de l'université de Liège, (2) Professeur Chef de Clinique, (3) Professeur, Chef de Département. Département de Gynécologie-Obstétrique, CHU Sart Tilman, et Hôpital de la Citadelle, Liège.

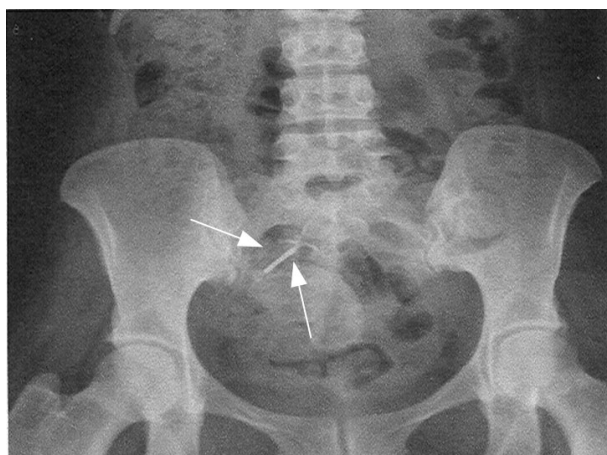


Figure 1 : Abdomen sans préparation. Stérilet en projection supra-vésicale paramédiane droite

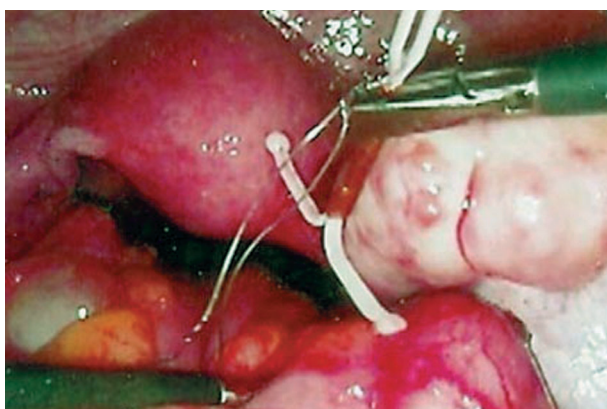


Figure 3 : Retrait du stérilet



Figure 5 : Aspect en fin d'intervention

En cas de suspicion de migration du DIU, les moyens pour le localiser seront l'échographie abdominale et vaginale, 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

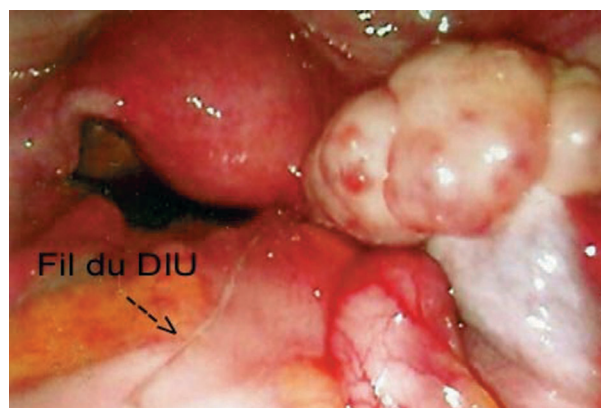


Figure 2 : Annexe droite

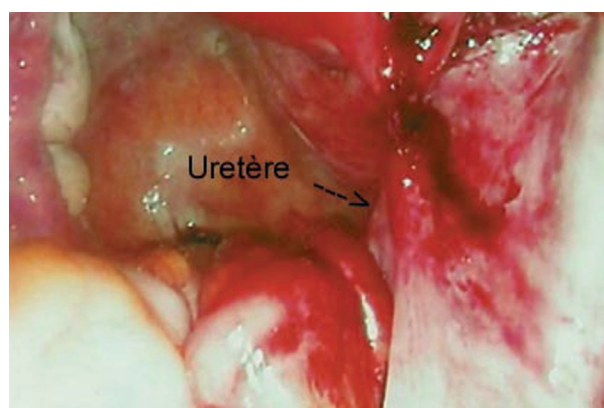


Figure 4 : Attraction de l'uretère droit secondaire au processus inflammatoire

du stérilet intra-abdominal. Il est recommandé de retirer le stérilet ectopique étant donné les risques d'adhérence et d'inflammation pouvant être responsable de péritonite et de perforation intestinale. La technique de choix est la coelioscopie, la patiente devant être avertie du risque d'une éventuelle laparotomie, la chirurgie pouvant s'avérer difficile en raison du processus inflammatoire (3). La position de Trendelenburg est déconseillée d'emblée en raison des possibilités de migration secondaire du DIU et un amplificateur de brillance peut être utile en per-opératoire pour localiser le stérilet avec précision.

CONCLUSION

La perforation utérine par un DIU est une complication rare, mais dont les conséquences peuvent être graves. Il importe de tenir compte des facteurs de risque, et ainsi de limiter l'insertion d'un stérilet dans les 6 mois qui suivent un accouchement ou un curetage utérin. La perforation passant le plus souvent inaperçue lors de l'insertion du stérilet il semble impératif de contrôler par échographie la position de celui-ci

dans un intervalle de temps court suivant la pose. En cas de diagnostic d'un stérilet en position extra-utérine il faut en effectuer le retrait sans attendre l'apparition de complications; la méthode de choix est alors la coelioscopie.

BIBLIOGRAPHIE

1. Déclaration de l'IMAP sur les dispositifs intra-utérins.— *Bulletin médical de l'International Planned Parenthood Federation*, 2003, **37**, 1-6
2. Caliskan E, Ozturk BO, Dilbaz S.— Analysis of risk factors associated with uterine perforation by intrauterine devices. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 2003, **8**, 150-155.
3. Cuillier F, Ben Ghalem S, Haffaf Y.— Stérilet appendiculaire : une exceptionnelle complication. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2003, **32**, 55-57.
4. Harrison-Woolrych M, Ashton J, Coulter D.— Uterine perforation on intrauterine device insertion: is the incidence higher than previously reported? *Contraception*, 2003, **67**, 53-56.
5. Kassab B, Audra P.— The migrating intrauterine device. – Case report and review of the literature. *Contracept Fertil Sex*, 1999, **27**, 696-700.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr. M. Nisolle, Département de Gynécologie-Obstétrique, CHU de Liège, Hôpital de la Citadelle Bd du 12è de Ligne 4000 Liège, Belgique.