

ARTICLE ORIGINAL**ABLATION CŒLIOSCOPIQUE DE DISPOSITIFS INTRAUTERINS (DIU) EN MIGRATION DANS LA CAVITE PERITONEALE****LAPAROSCOPIC MANAGEMENT OF PERITONEAL MISLOCATED INTRAUTERINE DEVICES**

SANOGO ZZ¹, CAMARA A¹, KOÏTA AK¹, KOUMARÉ S¹, KEÏTA S¹, CAMARA M¹, SACKO O¹, SOUMARÉ L¹ GOÏTA D², TRAORÉ D³, TOGOLA B³, KEÏTA S⁴, SANGARÉ D¹.

1 Service de chirurgie A CHU du POINT G - 2 Service de chirurgie B CHU du POINT G - 3 Service d'anesthésie et réanimation CHU du POINT G - 4 Service de gynécologie obstétrique CHU du POINT G

Auteur correspondant : Sanogo Zimogo Zié

Service de chirurgie A ; CHU du POINT G ; Bamako-Mali

BP : 333

E-mail : sanogozz@yahoo.fr

Résumé

But : Rapporter les résultats de la prise en charge chirurgicale laparoscopique de 4 cas de migration de DIU (dispositif intra utérin) dans la cavité péritonéale. **Patientes et méthodes :** il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive de prise en charge cœlioscopique de DIU migrés dans la cavité péritonéale. Ont été inclus dans l'étude les cas de migration de DIU intra péritonéaux pour lesquels l'extraction a été faite par voie de chirurgie laparoscopique dans le service de chirurgie A du CHU du Point G. **Résultats :** De 2004 à 2012, 4 patientes en période d'activité génitale ont été référées par leurs gynécologues traitant dans le service de chirurgie laparoscopique du CHU du Point G pour ablation de dispositifs intra utérins migrés dans la cavité péritonéale. L'âge des patientes variait de 20 à 39 ans. Les signes cliniques suggestifs d'une migration du DIU étaient la douleur aiguë au moment de l'insertion. Deux patientes présentaient des antécédents de césarienne. Le diagnostic était posé sur la base de l'absence des fils tracteurs à l'examen clinique et confirmé à l'examen échographique et radiologique de l'abdomen. Le repérage et l'extraction ont été réalisés par voie cœlioscopique dans tous les cas. Les stérilets retirés étaient de type « Miréna » et « TCI 380 ». Les suites ont été simples et la durée du séjour a été de 48 heures dans les 4 cas. **Conclusion :** la voie d'abord cœlioscopique nous semble, au vu de ces 4 observations cliniques, la méthode de choix pour le repérage et l'extraction des DIU égarés dans la cavité péritonéale.

Mots clés : laparoscopie, DIU, migration, péritone.

Summary

Aim: to report the laparoscopic management of 4 cases of lost IUD in the peritoneal cavity. **Patients and methods:** it was a retrospective and descriptive study about lost intra peritoneal IUD. Was included in the study the cases of lose IUD for witch laparoscopic procedure was used. Extraction of the DIU by laparotomy was not taken in account. **Results:** From 2004 to 2012 four patients were referred in our laparoscopic unity for removal of lost DIU in peritoneal cavity. The age of patients varied from 20 years to 39 years. Clinic symptoms suggestive of lost IUD were acute pain at moment of insertion and late the loss of the tract strings. Two patients had a cesarean in the past. Diagnose was made on the basis of lost tract strings, and the x ray or sonographic localization of the IUD in the peritoneal cavity. Localization and extraction of the IUD was made by laparoscopic way. "Mirena" and TC380 were the IUD types. The procedures were all uneventful and the hospital stay never get over 48 hours. **Conclusion:** the use of laparoscopy seems after 4 patient's management to be the method of choice for localization and extraction of intra peritoneal lost IUD.

Key words: laparoscopy, IUD, migration, peritonea.

INTRODUCTION

Les techniques cœlioscopiques comptent de nombreuses indications parmi lesquelles la recherche et l'ablation du DIU perdus dans la cavité péritonéale. Le DIU est l'un des moyens de contraception les plus répandus au monde [1]. La migration du stérilet après perforation de la paroi utérine se fait dans la cavité péritonéale, ou vers les organes creux intra péritonéaux et peut entraîner des complications graves. La fréquence de cette migration est cependant décrite comme rare [2]. Le diagnostic repose sur la survenue d'une grossesse non désirée, les données de l'interrogatoire, des examens complémentaires comme l'échographie et la radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP), voire de l'hystérocopie.

La recherche et l'ablation cœlioscopique, voie d'abord de premier choix peut être facile ou fastidieuse selon les cas.

Le but de cette étude est de rapporter les résultats de 4 observations cliniques dans notre pratique cœlioscopique.

PATIENTES, METHODE ET RESULTATS

Méthode

Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive portant sur 4 cas de migration intra-abdominale du stérilet (DIU) recensés dans les services de chirurgie générale du CHU du Point G sur une période de 8 ans (2004 à 2013). Ont été incluses dans l'étude les patientes porteuses de DIU égarés dans la cavité péritonéale dont l'extraction a été effectuée par voie de laparoscopie dans le service.

Patientes

Observation N°1 : Madame FD, 20 ans, consultait pour douleurs abdominales chroniques de la fosse iliaque droite. Primigeste, primipare, elle portait un stérilet en « TCI380 » inséré six mois après son dernier accouchement par une sage femme. La procédure de pose s'était déroulée sans incident. Le dernier contrôle clinique aurait retrouvé les fils du DIU en aval du col utérin. Deux mois après la pose du stérilet une douleur abdominale spontanée et provoquée par les rapports sexuels siégeant dans la fosse iliaque droite était survenue. A l'examen clinique de la patiente, la palpation de la fosse iliaque droite était douloureuse et les fils du DIU absents.

L'hypothèse diagnostique de DIU égaré était évoquée.

Une échographie abdominale et une radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) permettaient d'objectiver une image en faveur d'un corps étranger en position intra-abdominale.

Après un bilan biologique et une consultation anesthésique, la patiente était programmée pour une cœlioscopie.

En per-opératoire et sous anesthésie générale trois trocarts dont un de 10 mm ombilical pour l'optique et deux de 5 mm dans les fosses iliaques droite et gauche étaient placés. A l'exploration, le grand épiploon adhérait à une petite tuméfaction sous la corne utérine droite et recouvrait l'ovaire droit ainsi que le pavillon de la trompe droite. Après libération de cette adhérence, un stérilet en « T » et son fil de rappel étaient visualisés. L'ensemble était retiré à travers le trocart de 5 mm de la fosse iliaque droite. Les suites furent simples et la sortie autorisée le lendemain de l'intervention.



Figure 1 : Stérilet TCI 380 (Patiente n°1)

Observation N°2 : Madame OD, 39 ans, était référée par son gynécologue pour un DIU égaré dans la cavité péritonéale. Multipare, 4 enfants vivants, et drépanocytaire de type AS, elle a eu une césarienne en 2004 pour un placenta prævia. Elle portait un DIU de type « Miréna » placé en décembre 2010. Un an après la pose du DIU, s'était installée une douleur abdominale pelvienne à type de coup de poignard, migratrice, accompagnée de troubles du cycle inhabituels et de ménométrorragies.

A l'examen clinique de la patiente, l'abdomen était souple et indolore. Le fil témoin du DIU était absent. Par ailleurs, la cicatrice abdominale de l'incision de Pfannenstiel était sans particularité.

L'hypothèse diagnostique d'un DIU égaré était évoquée.

L'examen échographique abdominal et la radiographie de l'abdomen sans préparation permettaient

de visualiser une image intra-abdominale en forme de « T » en faveur d'un corps étranger.

Le diagnostic de migration du DIU en intra-abdominale était retenu.

Après réalisation d'un bilan biologique et d'une consultation anesthésique la patiente était opérée par voie coelioscopique.

En per-opératoire, à l'exploration le corps étranger (DIU) n'était pas d'emblée visible. Après les manœuvres de Trendelenburg, de roulis droit et gauche, et de déroulement minutieux des anses grêles jusqu'à l'angle de Treitz, le corps étranger était retrouvé au niveau de l'hypochondre gauche dans un conglomérat épiploïque. La séparation du DIU fortement adhérent à l'épiploon et son extraction par le trocart de 5 mm en fosse iliaque gauche étaient effectuées. Après un séjour de 72 heures la patiente quittait l'hôpital sans aucune complication.

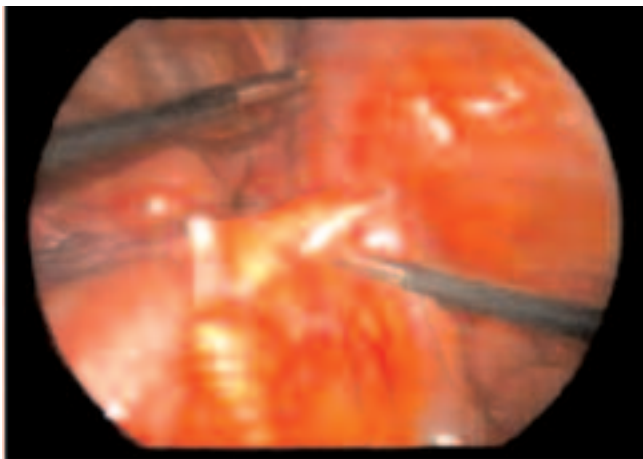


Figure 2a : Stérilet enrobé dans l'épiploon (Patiente n°2)



Figure 2b : Stérilet extrait de l'épiploon (Stérilet type Miréna)

Observation N°3 : Madame FT, 29 ans, 4 gestes, 4 pares, 3 enfants vivants, 1 décédé, était référée par son médecin traitant pour perte de stérilet et suspicion de migration intra-abdominale. Elle a eu deux césariennes pour dilatation stationnaire en 2009 et 2011, elle souffrait d'hypertension artérielle. Depuis l'année 2012 elle portait un DIU de type « TCI380 ». Deux ans après l'insertion du stérilet, était survenue une douleur de la fosse iliaque gauche évoluant depuis 8 mois, à type de piqûre d'intensité modérée, déclenchée et aggravée par le changement de position et les efforts de la marche, calmée par le décubitus dorsal et la prise d'antalgique.

A l'examen clinique la palpation profonde de la fosse iliaque gauche exacerbait la douleur et le toucher vaginal ne permettait pas de retrouver le fil de traction du DIU. La cicatrice d'incision de Pfannenstiel était normale. L'Hypothèse diagnostique de migration du dispositif intra-utérin dans la cavité péritonéale était évoquée. Une radiographie de l'abdomen sans préparation était réalisée permettant de visualiser une opacité en forme de « T » dans la fosse iliaque gauche.

Le diagnostic de migration de dispositif intra-utérin dans la cavité péritonéale était retenu.

Après réalisation d'un bilan biologique et une consultation anesthésique une intervention coelioscopique d'extraction du DIU était programmée.

En per-opératoire, et par voie coelioscopique le stérilet était repéré à l'exploration exactement au point de recherche incrusté dans le péritoine pariétal en regard de la crête iliaque gauche avec une boutonnière abcédée le couvrant en partie. L'ouverture du point abcédé et l'extraction du DIU en « T » par le trocart de 5 mm de la fosse iliaque gauche était suivie d'une toilette péritonéale locale. Les suites opératoires étaient simples et la sortie effectuée le lendemain.



Figure 3a : Stérilet localisé à l'ASP (Patiente n°3)

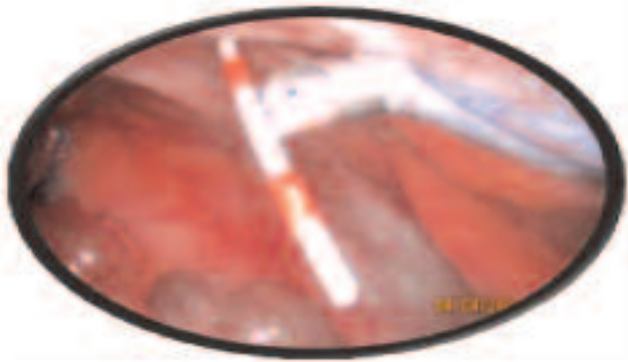


Figure 3b : Image per opératoire

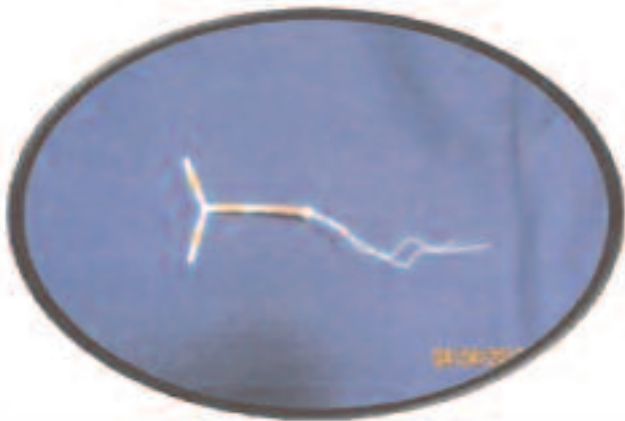


Figure 3c : Stérilet retiré type TCI 380

Observation N°4 : Madame AD, 29 ans multipare, 3 enfants vivants, sans antécédents pathologiques particuliers, consulte pour migration du DIU de type « Miréna » en situation intra-abdominale. L'insertion avait été réalisée aux USA en 2012 par un gynécologue sans complication immédiate. Dix mois plus tard, elle ressentait une douleur abdominale d'intensité modérée migratrice dans le pelvis, accompagnée d'aménorrhée sans grossesse.

A l'examen clinique, l'hypothèse d'un DIU égaré était évoquée.

Un examen échographique permettait de confirmer le diagnostic de corps étranger intra-abdominal, très probablement un DIU égaré en intra-péritonéal.

La programmation pour cœliochirurgie d'extraction après la réalisation d'un bilan biologique et d'une consultation anesthésique était faite.

A l'exploration de la cavité péritonéale le DIU était repéré d'emblée dans le cul-de-sac de Douglas à gauche, accroché à l'épiploon. Le stérilet était saisi et extrait sans difficultés à travers le trocart de la fosse iliaque gauche.

Remarque : le stérilet semblait incomplet car les

branches horizontales du T n'étaient pas visibles. Après vérification nous remarquons une rétraction des branches du « T » formant un « I ». Le DIU était donc complet.

L'intervention se terminait par la résection d'un kyste ovarien droit d'environ 10 cm de grand axe et une adhésiolyse épiplo-pariétale en regard de la cicatrice de laparotomie. Les suites furent simples et la sortie faite le lendemain.

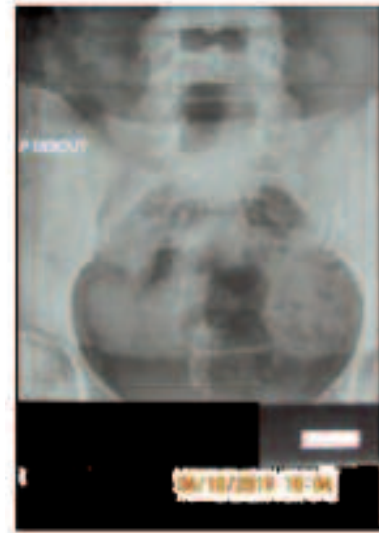


Figure 4b : Image per-opératoire, localisation retro-utérine du stérilet



Figure 4a : Stérilet en position transversale sur cliché de l'ASP (Patiente n°4)

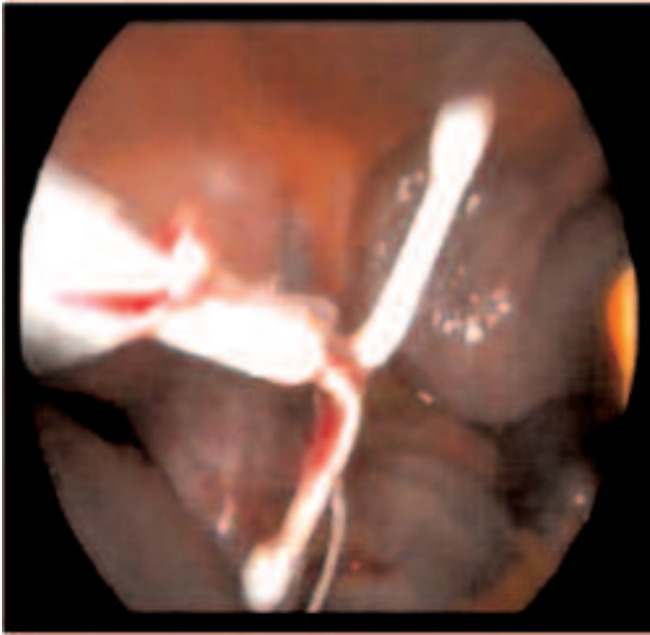


Figure 4c : Retrait du stérilet à travers un trocart de 5 mm



Figure 4d: Stérilet retiré type « Miréna » (Patiente n°4

DISCUSSION

La pratique de la contraception par pose de dispositif intra utérin est largement répandue dans le monde [1]. Si l'efficacité du matériel contraceptif est avérée, la perforation et la migration dans les organes de voisinage restent toujours possibles.

L'incidence d'une telle migration varie dans la littérature de 0,2 à 9,6 cas pour 1000 [1,3, 4].

La procédure de déclenchement d'une migration de stérilet fait intervenir plusieurs facteurs dont la

structure du DIU, l'état physiologique de l'endomètre, la période d'insertion, la qualité et l'expérience de l'opérateur posant le dispositif.

La structure rigide ou plastique du stérilet est décrite comme pouvant jouer un rôle important dans les lésions de perforation de l'utérus. Ainsi un stérilet de structure rigide, comme dans notre 1^{ère} observation, exposerait plus à la perforation [4]. Le DIU est inducteur d'effets mécaniques et hormonaux avec épaissement de la glaire cervicale. L'inflammation endométriale empêche alors la nidation par accumulation d'enzymes lysosomiales lytiques [4]

Le stérilet est très souvent inséré dans les suites immédiates de la délivrance ou d'un avortement. Toutes ces périodes sont marquées par une grande fragilité de l'endomètre lorsqu'exposé aux traumatismes.

Le volume de la cavité utérine, l'antéversion ou la rétroversion utérine seraient déterminants pour la survenue des incidents de perforations utérines suivie de migration. [4]

La qualification et l'expérience de l'agent pratiquant l'insertion du DIU seraient tout aussi déterminantes. Il est observé très peu d'accidents d'insertion ou de perforations utérines lorsqu'elle est pratiquée par un personnel habitué et bien exercé à la procédure [4].

Si la survenue d'une grossesse est le signe le plus évident d'une migration très probable du dispositif de contraception mis en place dans la cavité utérine, cette migration peut cependant survenir sans aucune symptomatologie majeure. Les signes précoces suggestifs de perforation en rapport avec le DIU sont les saignements et les douleurs au moment de l'insertion. A distance de l'insertion les signes les plus fréquents sont en plus des douleurs, l'absence de fils tracteurs à l'examen de contrôle. Il peut s'agir de fièvre et même de diarrhées et ténésme en rapport avec une infection induite ou une irritation pelvienne due à la migration dans le tube digestif bas [5, 6].

Le diagnostic de migration est rarement posé au moment de la pose du DIU [7]. L'interrogatoire permet de retrouver la notion de douleurs au moment de l'insertion ainsi que des antécédents de pelvialgies et de saignements. L'absence des fils tracteurs ou la survenue d'une grossesse conduisent à la réalisation des deux examens mettant en évidence le DIU et précisant le siège de la migration. La radiographie de l'abdomen sans préparation de face permet la visua-

lisation du DIU. Elle est à proscrire dans tous les cas où le diagnostic de grossesse n'est pas écarté. Des incidences de face et profil peuvent être nécessaires lorsque le DIU reste en projection sur l'utérus dans le pelvis. L'échographie de l'abdomen permet le repérage du DIU en dehors de la cavité utérine et sa position exacte. L'hystérogographie est un examen tout aussi spécifique pour la localisation du DIU.

Le DIU, corps étranger dans la cavité utérine suit les mouvements dynamiques intra péritonéaux et sa localisation est variable d'un point à un autre. Des auteurs rapportent que 15% de migrations se font vers les organes voisins de l'utérus [8]. Ainsi des localisations dans la lumière intestinale grêle, colique et même appendiculaires ont été décrites [3, 9, 10]. Nous n'en avons pas noté dans cette étude. Le troisième cas d'observation clinique nous a permis de retrouver une localisation péritonéale pariétale. La localisation épiploïque notée dans notre cas clinique N°2 serait la plus fréquente [4]. Un cas de migration intra vésicale de DIU a été décrit [11, 12].

Le diagnostic de migration de DIU dans la cavité péritonéale appelle une décision d'extraction. Les multiples sièges d'implantation et la survenue de complications sous-tendent cette décision. Les moyens chirurgicaux de préférence sont la laparotomie et la laparoscopie [3, 4, 13]. Nous avons dans les 4 cas d'étude après une brève préparation procédé à la localisation et à l'extraction chirurgicale du corps étranger intra péritonéal par voie laparoscopique. Les avantages demeurent ceux en rapport avec cette voie d'abord mini invasive, peu douloureuse et très

économique en termes de durée de séjour hospitalier. Toutes les patientes ont quitté l'hôpital le lendemain de l'intervention, sauf une, 72h après. Certains auteurs [1] sont cependant d'avis que seuls les cas symptomatiques de migration intra péritonéale de DIU doivent faire l'objet d'extraction chirurgicale [1]. Sans partager leur avis nous pensons que sur la durée les tentatives répétées de l'organisme de se débarrasser du corps étranger péritonéal peuvent être source de graves complications. Ce constat est décrit par d'autres auteurs [2].

Lorsque le DIU est fortement imbriqué dans l'épiploon ou dans la séreuse péritonéale, le repérage peut être long et la recherche fastidieuse. Cela a été observé pour le second cas clinique où seulement les fils de traction étaient visibles et où une longue manœuvre de déroulement de toutes les anses grêles a été faite, de même que des manœuvres de roulis droit et gauche. Le repérage peut cependant s'avérer simple car le DIU est d'emblée identifié au point de localisation échographique comme dans les observations 3 et 4. La conversion en laparotomie n'a en aucun cas été nécessaire.

CONCLUSION

Les douleurs lors d'insertion du DIU sont suggestives de complications type migration. La surveillance clinique et échographique permet un diagnostic rapide. La voie d'abord coelioscopique demeure le moyen de repérage et d'extraction du DIU en migration dans la cavité péritonéale.

REFERENCES

- 1- **Markovitch O, Klein Z, Gidoni Y, et al.** Extrauterinemislocated IUD: is surgical removal mandatory? *Contraception* 2002;66:105-8.
- 2- **Tixier H, Mourtialon, Combier JP, S Khaddari EL, Douvier S, Sagot P.** Un stérilet migrateur. *Journal de chirurgie* 2009;146:573-574.
- 3- **Ingec M, Kumtèpe Y, Kadanali, Ozdiller O.** A rare case of ileal embedding by an intrauterine device. *The Eur J of Reprod Health care* 2005; 10(1):29-31.
- 4- **Andersson K, Ryde-Blomqvist E, Lindell K, et al.** Perforations with intrauterine devices. *Contraception* 1988; 57:251-5.
- 5- **Sogaard K.** Unrecognized perforation of the uterine and rectal walls by an intrauterine contraceptive device. *Acta Obstet Gynecol Scand*1993; 72:55-6
- 6- **WHO.** Mechanism of action, safety, and efficacy of intrauterine devices. Geneva: World Health Organization 1987; 48-63.
- 7- **Woolrych MH, Ashton J, Coulter D.** Uterine perforation on intrauterine device insertion: is the incidence higher than previously reported? *Contraception* 2003; 67:53-6.
- 8- **-Zakin D, Stern WZ, Rosenblatt R.** Complete and partial uterine perforation and embedding following insertion of intrauterine devices. I. Classification, complications, mechanism, incidence, and missing string. *ObstetGynecolSurg*1981; 36; 335-53.
- 9- **Inceboz US, Özçakir HT, Uyar Y, Çağlar H.** Migration of intrauterine device to the sigmoïd colon: a case report. *Eur J Contraception Reprod Health Car* 2003; 8:229-232.
- 10- **Cuillier F, Ben Ghalem S, Haffaf Y.** Intrauterine device appendicitis: an exceptional complication. *J Gynecol ObstetBiol Reprod* 2003; 32:55-7
- 11- **WHO.** Mechanism of action, safety and efficacy of intrauterine devices 1987. Technical reports series 753.
- 12- **Sepulveda WH, Ciuffardi I, Olivari A, Gallegos O.** Sonographic diagnosis of bladder perforation by an intrauterine device. A case report. *J Reprod Med* 1993; 38: 911-3.
- 13- **Demir SC, Cetin MT, Urunsak IF, et al.** Removal of intra-abdominal intrauterine device by laparoscopy. *Eur J Contracept Reprod Health Car* 2002;7:20-3.