

Contraception intra-utérine

Sécurité illusoire en raison d'une position inhabituelle

Dr méd. univ. (AT) Julia Macinkovic^a, Dr méd. Mihailo Sekulovski^b, PD Dr méd. Heidi Misteli^aSpital Uster, Uster: ^a Chirurgische Klinik; ^b Frauenklinik

Présentation du cas

Une patiente de 26 ans, en bonne santé, nulligravide et sans antécédents chirurgicaux, se présente au cabinet de son gynécologue en raison de douleurs pelviennes et d'une hyperménorrhée nouvellement apparues. L'anamnèse des selles et des mictions est sans particularité.

Un dispositif intra-utérin (DIU), en l'occurrence un DIU au cuivre, avait été implanté sans problème chez la patiente trois ans auparavant. Il n'y a pas eu de contrôle de position, mais la patiente n'a pas eu de troubles jusqu'à présent et aucune grossesse non désirée n'est survenue.

Question 1

Quel est le diagnostic différentiel le plus probable à ce stade?

- a) Grossesse
- b) DIU déplacé
- c) Appendicite aiguë
- d) Infection urinaire
- e) Endométriose

Les douleurs pelviennes et l'hyperménorrhée nouvellement apparues peuvent être le signe de différentes maladies gynécologiques, comme un déplacement du DIU. Chez les jeunes femmes en âge de procréer présentant des douleurs pelviennes inexpliquées, il convient également d'envisager une grossesse comme diagnostic différentiel et de l'exclure par des examens appropriés. De même, l'appendicite aiguë fait partie des diagnostics différentiels des douleurs pelviennes inexpliquées. Dans ce cas, comme dans celui de l'endométriose, la survenue d'une hyperménorrhée serait toutefois inhabituelle.

Une infection urinaire peut également provoquer des douleurs pelviennes, mais dans ce cas, une dysurie et/ou une pollakiurie seraient probablement au premier plan.

Finalement, la combinaison des symptômes suggère le plus vraisemblablement un déplacement du DIU.

Un examen gynécologique est réalisé par le gynécologue traitant. Les fils du DIU ne peuvent pas être visualisés.

Question 2

Quels examens complémentaires sont judicieux?

- a) Radiographie de l'abdomen
- b) Échographie transvaginale
- c) Tomodensitométrie de l'abdomen
- d) Application de produit de contraste dans l'utérus
- e) Toutes les mesures mentionnées sous a) à d)

Si les fils du DIU ne parviennent pas à être visualisés à l'examen clinique, l'échographie transvaginale constitue la première mesure diagnostique, après l'anamnèse et l'examen gynécologique. Si le DIU déplacé ne peut être mis en évidence à l'échographie transvaginale, une radiographie complémentaire de l'abdomen en décubitus dorsal est recommandée [1]. Si la position extra- ou intra-utérine reste incertaine, l'application d'un produit de contraste dans l'utérus ou l'insertion d'une sonde radio-opaque peuvent être utiles. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) ou la tomodensitométrie (TDM) sont des possibilités diagnostiques supplémentaires.

Dans notre cas, une échographie transvaginale est réalisée par le gynécologue libéral. Le DIU n'étant pas détectable dans la cavité utérine à l'échographie, une radiographie est réalisée dans un deuxième temps. Le DIU est alors visible dans le petit bassin. La patiente est ensuite adressée à l'hôpital local avec le diagnostic de suspicion d'un DIU déplacé.

À l'examen clinique réalisé à l'hôpital, la patiente est stable et afebrile (pression artérielle 115/60 mm Hg, fréquence cardiaque 83/min, température 37,1 °C) et présente un bon état général. L'abdomen est souple sans douleurs à la pression, les analyses de laboratoire ne révèlent pas de paramètres infectieux

élevés (leucocytes 8,2 G/l, hémoglobine [Hb] 150 g/l). L'examen gynécologique est sans particularité, les fils du DIU ne sont pas visibles. À la palpation, l'utérus est antéfléchi, de taille normale, souple et indolore. L'échographie transvaginale confirme la présence d'un utérus antéfléchi avec un écho homogène et fin au niveau de la muqueuse, sans DIU détectable dans le cavum utérin. Les ovaires sont de taille normale des deux côtés et ne présentent aucune anomalie. Aucun liquide libre n'est détecté dans le cul-de-sac de Douglas.

Une TDM de l'abdomen est réalisée afin de localiser précisément le DIU (fig. 1). Elle montre que le DIU se trouve en dehors de la cavité utérine, en position pré-sacrée, à proximité des anses iléales. Il n'y a pas de liquide libre, d'air ou de signes d'infection.

Question 3

Comment faut-il procéder à présent?

- a) Colposcopie
- b) Attente
- c) Suivi échographique
- d) Laparoscopie diagnostique et récupération du DIU
- e) Laparotomie primaire et récupération du DIU

Chez la patiente mentionnée, l'indication opératoire est posée et il est décidé de procéder en premier lieu à une procédure mini-invasive avec laparoscopie diagnostique et retrait du DIU. L'intervention est réalisée en position de lithotomie modifiée avec un trocar optique de 10 mm au niveau ombilical et trois trocars de travail de 5 mm (abdomen supérieur, abdomen inférieur droit et gauche). En intra-opératoire, le site opératoire est normal. Il n'y a aucun signe de péritonite localisée ou généralisée; l'utérus et les annexes sont sans particularités. Contrairement à ce qu'indiquait l'imagerie préopératoire, aucun corps étranger ne peut être identifié dans le petit bassin. L'utili-

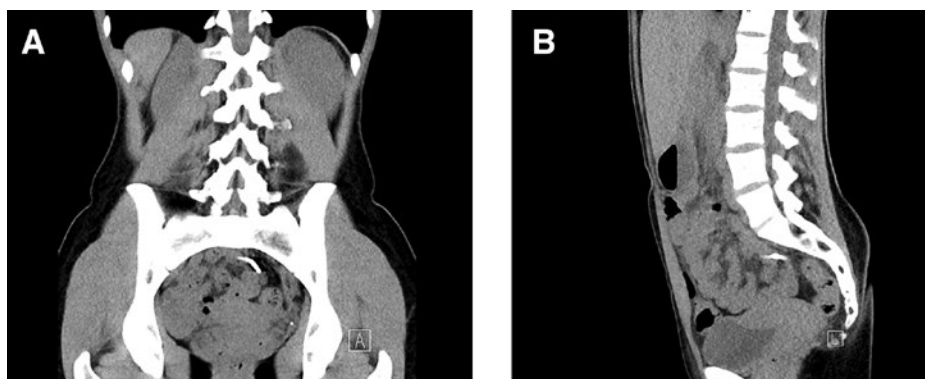


Figure 1: Tomodensitométrie abdominale native, coupes coronale (A) et sagittale (B). Dispositif intra-utérin (DIU) constituant un corps étranger radio-opaque dans le petit bassin, en position pré-sacrée (flèche).

sation de la fluoroscopie reste également infructueuse, de sorte qu'il est procédé à une conversion avec incision de Pfannenstiel.

Après la préparation du site, une révision complète de l'intestin grêle est effectuée sous contrôle numérique, et le corps étranger peut être détecté au sein de la lumière de l'iléon moyen. Une incision longitudinale d'environ 2 cm est pratiquée sur le bord antimésentérique, et le DIU est visible – partiellement dans la muqueuse (fig. 2).

Le DIU peut finalement être récupéré par dissection nette. Dans la région de l'intestin grêle, aucune autre lésion n'est visible hormis l'incision, et l'incision est fermée transversalement par technique de suture continue. La fermeture de l'abdomen se fait ensuite de manière habituelle.

L'évolution postopératoire se déroule sans problème et après la mise en place d'une alimentation entérale, la patiente peut rentrer chez elle le 3^e jour postopératoire dans un bon état général.

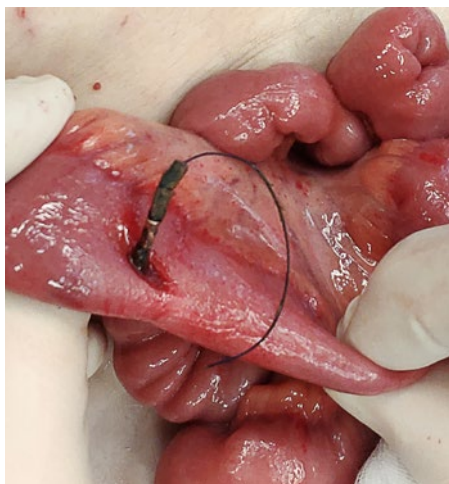


Figure 2: Vue intra-opératoire. Visualisation du segment d'intestin grêle concerné avec dispositif intra-utérin (DIU) en partie dans la muqueuse.

Discussion

À l'échelle mondiale, il existe différentes possibilités de contraception. Elles sont classées en méthodes hormonales ou mécaniques, naturelles ou chirurgicales. Le préservatif est la contraception mécanique classique, mais la contraception intra-utérine fait également partie de la contraception mécanique et est très souvent utilisée à travers le monde [2]. Les deux modèles de contraception intra-utérine les plus couramment utilisés actuellement sont le DIU au cuivre et le DIU libérant du lévonorgestrel. Outre la contraception, le second modèle présente un bénéfice supplémentaire dans le traitement des ménorragies, de l'endométriose et de l'hyperplasie de l'endomètre [3].

Question 4

Quand la pose d'un DIU n'est-elle pas contre-indiquée?

- a) Grossesse en cours
- b) Maladie inflammatoire pelvienne
- c) Patiente allaitante
- d) Cervicite purulente
- e) Sepsis puerpéral

Les DIU sont généralement considérés comme efficaces, sûrs, peu coûteux et associés à peu de complications. De plus, leur efficacité n'est pas tributaire de l'observance des patientes et ils n'ont aucune influence sur le système de coagulation.

Ils sont contre-indiqués en cas de grossesse en cours, de maladie inflammatoire pelvienne («pelvic inflammatory disease»), d'avortement septique, de cervicite purulente et de sepsis puerpéral, jusqu'à ce que l'inflammation soit complètement guérie. L'allaitement ne constitue pas une contre-indication.

Bien que l'industrie recommande un contrôle six semaines après la pose du DIU, il n'existe pas de lignes directrices générales dans la littérature en raison des preuves limitées. Par conséquent, un contrôle de suivi n'est générale-

ment effectué qu'en fonction des besoins des patientes, afin de discuter des préoccupations, y compris des effets indésirables ou des complications [4].

Question 5

Quelle est une complication possible de l'implantation d'un DIU?

- a) Grossesse non désirée
- b) Infection ascendante
- c) Hémorragie
- d) Perforation
- e) Toutes les mesures mentionnées sous a) à d)

Si des complications surviennent, elles se produisent le plus souvent dans les premières semaines suivant l'implantation. Il s'agit par exemple de perforations, d'expulsions, d'infections ascendantes, d'hémorragies et de grossesses non désirées [2]. Plus rarement, comme dans notre cas, elles surviennent douze mois ou plus tard. La complication la plus redoutée et potentiellement grave est la perforation avec migration intra-abdominale du DIU, car elle peut entraîner des symptômes sévères avec péritonisme et sepsis. Des douleurs abdominales, une diarrhée, de la fièvre ou des troubles du transit sont d'autres symptômes qui peuvent indiquer une perforation [5]. Si des troubles apparaissent après la pose d'un DIU, ils doivent donc être pris au sérieux et faire l'objet d'un examen plus approfondi. La connaissance du tableau clinique est dès lors également importante pour les chirurgiennes et chirurgiens [5].

Une perforation peut toutefois aussi rester asymptomatique, et le diagnostic n'est posé que lors d'un examen de routine. L'incidence estimée des perforations se situe entre 0 et 2,6 pour 1000 implantations [5], ce qui montre qu'il s'agit d'une complication très rare.

En cas de perforation, le DIU traverse la paroi utérine et se trouve ensuite dans le petit bassin, en intrapéritonéal ou dans des organes voisins. Une perforation dans l'intestin grêle, comme dans notre exemple de cas, n'est que rarement décrite. Une autre possibilité est la fistulation de l'utérus dans le rectum ou la vessie [6].

Les facteurs de risque de perforation utérine sont une implantation précoce après l'accouchement (<36 semaines) et une implantation pendant l'allaitement actif. Les facteurs favorisants dans ce contexte sont la diminution de l'épaisseur du myomètre dans le cadre de la rétraction utérine et la contractilité prolongée pendant l'allaitement. Par ailleurs, des facteurs anatomiques tels qu'une sténose cervicale ou une angulation inhabituelle, ainsi que l'expérience du médecin, sont considérés comme des facteurs de risque [3]. Les facteurs de risque évoqués dans le passé, tels que la nulli-

Quel est votre diagnostic?

parité ou la multiparité et les antécédents de césarienne, ont donné des résultats controversés dans des études récentes. De même, il n'y a pas de différence significative en termes de risque de perforation selon qu'un DIU au cuivre ou un DIU libérant du lévonorgestrel est utilisé [5, 7].

Le traitement en cas de DIU déplacé en position intra-abdominale fait l'objet de controverses. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), il est recommandé de retirer tout DIU déplacé sans délai excessif après le diagnostic, indépendamment de son type et de sa localisation [6]. La raison en est la formation potentielle d'adhérences et le risque de douleurs chroniques, d'iléus ou d'infertilité. Toutefois, de petites études observationnelles n'ont pas confirmé la présence d'adhérences intra-abdominales dans le cadre de la récupération du DIU, raison pour laquelle le retrait n'est pas obligatoire chez les patientes asymptomatiques [8].

Une autre raison qui plaide en faveur du retrait d'un DIU déplacé en position intra-abdominale est la possibilité de migration vers des structures ou des organes voisins, d'où également l'indication opératoire claire dans notre cas.

Si l'indication de retrait du DIU est posée, différentes méthodes thérapeutiques sont disponibles. Outre la laparoscopie et la laparotomie, des procédés endoscopiques peuvent également être utilisés pour la récupération, en fonction de la position du DIU. Une connaissance préopératoire précise de la position du DIU est donc essentielle, ce qui souligne l'importance de la démarche diagnostique [1]. Il est cependant également possible de recourir à l'échographie ou à la fluoroscopie peropératoire, ce qui a été fait dans notre exemple.

Si une intervention chirurgicale est nécessaire pour le retrait du DIU, il convient d'opter, dans la mesure du possible, pour une procédure mini-invasive. La laparoscopie est une procédure sûre et efficace qui offre une bonne vue d'ensemble intra-abdominale, ce qui est un avantage pour localiser et retirer un corps étranger perdu [6, 9]. Pour prévenir une lésion d'organe ou une hémorragie, il est recommandé que le DIU soit toujours retiré complètement et sous visualisation directe. Par conséquent, on constate une augmentation significative des conversions en laparotomie en cas de perforation du DIU dans l'intestin grêle ou le côlon [6].

En cas de nécessité d'une laparotomie, la laparotomie médiane est probablement préférable à une incision de Pfannenstiel en raison de la visibilité qu'elle offre. Dans notre cas, les gynécologues qui ont opéré ont opté pour une incision de Pfannenstiel en raison de la position supposée du DIU dans le petit bassin et de la fréquence d'utilisation de cette approche.

En résumé, la contraception intra-utérine est une méthode de contraception très courante dans le monde et sûre du point de vue de la santé publique. Les complications telles que la perforation sont rares, mais peuvent entraîner des symptômes sévères. La connaissance de ce tableau clinique, y compris par les chirurgiennes et chirurgiens, a donc une influence directe sur la morbidité, dans la mesure où un déplacement du DIU peut être détecté et traité précocement.

Réponses

Question 1: b. Question 2: e. Question 3: d. Question 4: c. Question 5: e.

Correspondance

Dr méd. univ. Julia Macinkovic
Chirurgische Klinik
Spital Uster AG
Brunnenstrasse 42
CH-8610 Uster
[julia.macinkovic\[at\]spitaluster.ch](mailto:julia.macinkovic[at]spitaluster.ch)

Remerciements

Les auteures et l'auteur remercient le Dr méd. Andreas Steinauer du service de radiologie de l'hôpital d'Uster pour son soutien dans le diagnostic radiologique.

Informed Consent

Un consentement éclairé écrit est disponible pour la publication.

Disclosure Statement

Les auteures et l'auteur ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts potentiels.

Références

- Boortz HE, Margolis DJ, Ragavendra N, Patel MK, Kadell BM. Migration of intrauterine devices: radiologic findings and implications for patient care. *Radiographics*. 2012;32(2):335–52.
- Stephen Searle E. The intrauterine device and the intrauterine system. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014;28(6):807–24.
- Barnett C, Moehner S, Minh TD, Heinemann K. Perforation risk and intra-uterine devices: results of the EU-RAS-IUD 5-year extension study. *Eur J Contracept Reprod Heal Care*. 2017;22(6):424–8.
- Steenland MW, Zapata LB, Brahmi D, Marchbanks PA, Curtis KM. The effect of follow-up visits or contacts after contraceptive initiation on method continuation and correct use. *Contraception*. 2013;87(5):625–30.
- Heinemann K, Reed S, Moehner S, Minh TD. Risk of uterine perforation with levonorgestrel-releasing and copper intrauterine devices in the European Active Surveillance Study on Intrauterine Devices. *Contraception*. 2015;91(4):274–9.
- Gill RS, Mok D, Hudson M, Shi X, Birch DW, Karmali S. Laparoscopic removal of an intra-abdominal intrauterine device: case and systematic review. *Contraception*. 2012;85(1):15–8.

7 Kho KA, Chamsy DJ. Perforated intraperitoneal intrauterine contraceptive devices: diagnosis, management, and clinical outcomes. *J Minim Invasive Gynecol*. 2014;21(4):596–601.

8 Markovitch O, Klein Z, Gidoni Y, Holzinger M, Beyth Y. Extrauterine mislocated IUD: its surgical removal mandatory? *Contraception*. 2002;66(2):105–8.

9 Mosley FR, Shahi N, Kurer MA. Elective surgical removal of migrated intrauterine contraceptive devices from within the peritoneal cavity: A comparison between open and laparoscopic removal. *J Soc Laparosc Surg*. 2012;16(2):236–41.



Dr méd. univ. (AT) Julia Macinkovic
Chirurgische Klinik, Spital Uster AG,
Uster