

## ROLE DE L'IMAGERIE DANS LA PRISE EN CHARGE D'UN CAS DE MIGRATION DE DISPOSITIF INTRA-UTERIN.

### *Role Of Imaging In The Management Of A Case Of Intrauterine Device Migration.*

Sanogo S<sup>1,2</sup>, Kouma A<sup>2</sup>, Guindo I<sup>3</sup>, Cissé I<sup>2</sup>, Traoré O<sup>4</sup>, Coulibaly P<sup>5</sup>, Diarra O<sup>6</sup>, Dembélé M<sup>7</sup>, Koné AC<sup>8</sup>, Sidibé S<sup>8</sup>.

1. Service de radiologie, Hôpital de Mopti ; 2. Service de radiologie, CHU Mère-Enfant le Luxembourg, Bamako, Mali ; 3. Service de radiologie, CHU Kati, Mali ; 4. Clinique Marie Curie, Bamako, Mali ; 5. Service de gynéco-obstétrique, Hôpital de Mopti ; 6. Service de radiologie CSREF CIII ; 7. Clinique médicale Fertilia, Bamako, Mali ; 8. Service de radiologie, CHU du Point G, Bamako, Mali

**Auteur correspondant:** Dr SANOGO Souleymane Email : [letjou123@gmail.com](mailto:letjou123@gmail.com) Tél : 0022365281493

### RESUME

Nous rapportons un cas de migration de dispositif intra-utérin (DIU) dans le but de décrire l'apport de l'imagerie dans son diagnostic. Il s'agissait d'une dame de 35 ans reçue le 01/06/2018 pour une échographie pelvienne dans le bilan d'une douleur pelvienne. L'exploration échographique a objectivé une image hyperéchogène tubulaire para-utérine droite. Une hystérosalpingographie avait objectivé un DIU dans le bassin en position extra-urine. Une extraction chirurgicale a été faite avec des suites simples. La migration de dispositif intra-utérin est rare dans notre contexte. Les moyens radiologiques permettent de préciser sa topographie. **Mots clés** : DIU, migration, échographie, hystérosalpingographie, Mopti

### ABSTRACT

We report a case of intrauterine device (IUD) migration in order to describe the contribution of imaging in its diagnosis. It was a 35-year-old woman received on 06/01/2018 for pelvic ultrasound for pelvic pain. Ultrasound examination revealed a hyperechoic right para-uterine tubular image. A hysterosalpingography revealed an IUD in the pelvis in extra-urine position. Surgical extraction was done without complications. Intrauterine device migration is rare in our context. The radiological means make it possible to specify its topography. **Keywords:** IUD, migration, ultrasound, hysterosalpingography, Mopti.

### INTRODUCTION

Le dispositif intra-utérin (DIU) est une méthode contraceptive efficace. Cependant, certaines complications peuvent être rencontrées après la pose d'un DIU, telles que les saignements, les douleurs, les infections, les expulsions et les perforations [1].

Il a été rapporté des migrations de DIU après perforation utérine, dans l'épiploon, le recto-sigmoïde, le péritoine, la vessie, l'appendice, le grêle et la veine iliaque [1]. La migration est une complication rare des dispositifs intra-utérins (DIU)[2]. Son incidence est estimée dans la littérature de 1/10 000 insertions à 1/350 insertions [3]. Cette migration se fait le plus souvent vers la cavité abdominale [3]. Plus rarement, elle se fait vers le pelvis [3].

Nous rapportons le cas d'une migration de stérilet dans la cavité pelvienne diagnostiqué par échographie et hystérosalpingographie au service de radiologie de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti dans le but de décrire le rôle de l'imagerie médicale dans sa prise en charge.

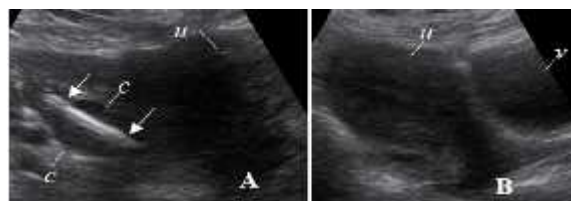
### OBSERVATION

Il s'agissait d'une dame âgée de 35 ans avec un antécédent de 3 césariennes. Elle nous a été adressée le 01/06/2018 pour une échographie pelvienne dans le bilan d'une douleur pelvienne dont le début remontait à plus d'un an. L'exploration échographique mettait en évidence la présence d'une image hyperéchogène tubulaire para-utérine droite en

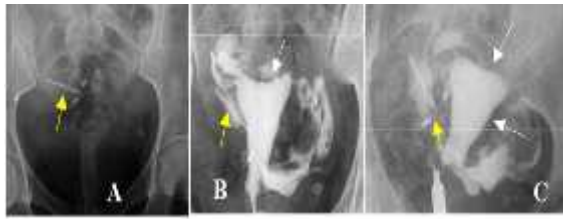
rapport avec un stérilet en dehors de la cavité utérine. Elle était cernée d'une petite collection. L'utérus était vide, de taille normale, contours réguliers et d'écho-structure homogène (Figure 1). Les ovaires étaient sans particularité.

Une hystérosalpingographie a été réalisée. Le cliché simple avait objectivé un dispositif intra-utérin (DIU) en «T» dans la cavité pelvienne en position inadéquate quasi-renversée. Il s'y associait des phlébolithes pelviens gauches. L'opacification avait confirmé la topographie extra-urine du dispositif. La cavité utérine était d'aspect normal. Les deux trompes étaient perméables (Figure 2). Le diagnostic d'un DIU migré dans la cavité péritonéale a été retenu.

Une prise en charge chirurgicale a permis l'extraction de ce dispositif qui était localisé dans la cavité péritonéale en para-utérin droit (Figure 3). Les suites étaient simples.



**Figure 1:** images échographiques montrant l'utérus (u) vide, le DIU (flèches blanches) cerné d'une collection (c). Coupes transversale (A) et sagittale (B) de l'utérus. v = vessie



**Figure 2:** Images hystérosalpingographiques montrant le DIU (flèches jaunes) en dehors de la cavité utérine (flèches blanches). A-Cliché simple, B- Réplétion utérine incidence de face et C- Réplétion utérine incidence ¾ gauche.



**Figure 3:** Images peropératoires montrant l'extraction du DIU (Flèches jaunes).

## DISCUSSION

Le dispositif intra-utérin (DIU) est la méthode de contraception la plus utilisée dans le monde, environ 100 millions d'utilisatrices, c'est une méthode contraceptive qui fait appel à un procédé mécanique d'action locale [4].

Le DIU constitue un des moyens de choix pour la contraception non définitive. Il est largement utilisé dans les pays en voie de développement [5]. L'insertion du DIU est un acte médical simple mais non dénué de risques et de complications, telles la migration après perforation utérine et l'infection [5].

Il a été rapporté des migrations de DIU après perforation utérine, dans l'épiploon, le recto-sigmoïde, le péritoine, la vessie, l'appendice, le grêle et la veine iliaque [1].

La migration est une complication rare des dispositifs intra-utérins (DIU) [2]. Son incidence est estimée dans la littérature de 1/10 000 insertions à 1/350 insertions [3]. Cette migration se fait le plus souvent vers la cavité abdominale [3]. Plus rarement, elle se fait vers le pelvis [3]. Dans notre cas il s'agissait d'une migration vers la cavité pelvienne en intrapéritonéal.

L'incidence de la perforation est rare, elle ne dépasse pas 1,3 pour 1000 poses, selon de grands essais cliniques rapportés [6]. Ces perforations peuvent être partielles, quand une

partie seulement du DIU perce la paroi de l'utérus ou le col, ou complètes, quand le DIU traverse la paroi de l'utérus pour pénétrer dans la cavité abdominale [4,6].

Plusieurs facteurs peuvent intervenir et être à l'origine de la perforation. Les facteurs utérins tels qu'une petite taille, une malposition importante, en particulier une rétroversion, une fragilité du myomètre par des grossesses multiples, les utérus hypoplasiques, les utérus cicatriciels sont au premier plan. Les autres sont liés à l'insertion elle-même et l'inexpérience ou la maladresse de l'opérateur [4,7]. Le facteur retrouvé chez notre patiente était la présence d'un utérus cicatriciel. Certains auteurs évoquent en plus le postabortum, le post partum et la multiparité [1]. Cependant, une publication récente propose d'expliquer la migration secondaire d'un DIU initialement bien placé par une asymétrie des forces exercées par le muscle utérin sur celui-ci. Ainsi le vecteur des forces musculaires résultantes s'exercerait postérieurement ou latéralement avec une puissance suffisante pour conduire le DIU en dehors de la cavité utérine [1,8].

Le diagnostic clinique n'est pas toujours évident, il doit faire appel à des explorations complémentaires pour localiser le dispositif intra utérin [9].

L'échographie pelvienne par voie abdominale puis vaginale est l'examen de première intention en cas de doute [2,9]. Celle-ci confirme la migration utérine en objectivant la vacuité utérine. Elle permet également de mettre en évidence une perforation partielle de la paroi utérine par l'un des bras du DIU. Elle peut situer la position ectopique du DIU (intra-vésical, latéro ou rétro-utérin [10]). Le DIU apparaît sous forme d'une structure linéaire en coupe sagittale fortement hyperéchogène ou 2 branches orthogonales en coupes axiales. Dans notre cas, l'échographie avait objectivé une image similaire en latéro-utérin droit cernée d'une petite collection.

L'échographie a cependant les limites de ne pas souvent objectiver le DIU lorsque celui-ci est en position intrapéritonéale [2,10]. L'hystérogographie, est l'examen de 2<sup>e</sup> intention lorsque le DIU n'est pas retrouvé en intra-utérin par l'échographie [9]. En plus d'avoir un champ de vision plus étendu que celui de l'échographie, l'hystérosalpingographie (HSG) permet d'avoir une localisation précise du DIU [2]. Chez notre cas l'hystérosalpingographie était réalisée à la recherche d'une topographie tubaire du DIU afin d'orienter la prise en charge.

Cependant, l'HSG ne permet pas d'affirmer la localisation intra-myométriale ou à l'intérieur d'un viscère quelconque de la cavité pelvienne. C'est pour cette raison le couple échographie-hystérogographie est utilisé dans la stratégie de

prise en charge de cet accident [2]. C'est ce couple que nous avons utilisé dans notre cas pour poser le diagnostic.

### CONCLUSION

La migration de dispositif intra-utérin est rare dans notre contexte. Les moyens d'imagerie médicale permettent de préciser la topographie de ce stérilet migré notamment sur les clichés d'hystérosalpingographie.

### Conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

### REFERENCES

1. Nde-Ouédraogo N-A, Tiemtore-Kambou BMA, Ouattara B, Diallo O, Cissé R. Aspects radiographiques et échographiques d'une migration tubaire d'un dispositif intra utérin. *International Journal of Innovation and Applied Studies* 2016;18(3):904-8.
2. Abdoul DA, Mariétou T, Moussa D, Jean MC, Alassane D. Place de l'hystérogographie dans la prise en charge de la migration de stérilet dans la cavité pelvienne. *J Afr Imag Méd* 2018;10(4):224-7.
3. Ceccato V, Boileau A, Roblin M, Tariel D, Bon D, Estrade V. Migration intra-vésicale d'un dispositif intra-utérin. Stratégies d'exploration et modalités thérapeutiques. *Prog En Urol* 2007;17(2):256-9.
4. Bouzouba W, Alaoui FZF, Jayi S, Bouguern H, Melhouf MA. Migration intra-péritonéale d'un dispositif intra utérin diagnostiqué 20 ans après l'insertion: à propos d'un cas. *Pan Afr Med J* 2014;17(1):1-4.

5. Mseddi A, Mefteh IB, Slimane MH, Hamza M, Fourati H, Derbel M, et al. Dispositif intra-utérin migré dans la vessie. *JI M Sfax* 2017; (26):58-61.
6. 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. *Obstet Gynecol Surv* 1981;36(7):335-53.
7. Lachiri B, Hafidi MR, Zazi A, Fagouri H, Kouach J, Rahali DM, et al. Le stérilet migrateur: à propos de deux cas et revue de la littérature. *Pan Afr Med J* 2014;19(361):1-5.
8. Goldstuck ND, Wildemeersch D. Role of uterine forces in intrauterine device embedment, perforation, and expulsion. *Int J Womens Health* 2014;6:735-44.
9. Boyon C, Giraudet G, Guérin Du Masgenêt B, Lucot J-P, Goeusse P, Vinatier D. Diagnostic et prise en charge des perforations utérines par dispositif intra-utérin: à partir de 11 cas. *Gynécologie Obstétrique Fertil* 2013;41(5):314-21.
10. Ech-Cherif El Kettani N, Dafiri R. Imagerie de la migration des dispositifs intra-utérins. *Feuill Radiol* 2007;47(3):159-66.