**Complications de la pose de stérilet**

V. Di Bernardo, Y. Vial, O. Bachelard, D. Wirthner et P. De Grandi

Rev Med Suisse 2000;20723

**Résumé**

Le stérilet représente un moyen de contraception réversible largement utilisé dans le monde et sa pose est le geste le plus fréquemment effectué dans la pratique gynécologique. Nous présentons le cas d'une femme de 30 ans chez laquelle une perforation utérine consécutive à l'insertion d'un stérilet a été mise en évidence alors qu'elle était restée asymptomatique pendant dix ans et discutons les principales complications liées à la pose de stérilet : la douleur, les infections, les perforations, l'expulsion spontanée, les saignements, la grossesse et la grossesse extra-utérine.

INTRODUCTION

Alors qu'aux Etats-Unis, seul 1% des femmes a recours au stérilet, en Europe et dans le reste du monde, le stérilet est un moyen de contraception largement utilisé (environ 20%).1 C'est sa fiabilité, indice de Pearl de 0,2-0,3 (nombre de grossesses qui surviennent chaque année pour 100 femmes), et son coût peu élevé qui en ont fait la méthode de contraception réversible la plus utilisée dans le monde. Son insertion représente le geste invasif le plus souvent effectué dans la pratique gynécologique.

Les complications inhérentes à son utilisation sont les anomalies de saignement (hyperménorrhées, ménorragies, métrorragies), les douleurs pelviennes et en particulier la dysménorrhée, les infections gynécologiques hautes, les expulsions spontanées, les grossesses et les perforations.

Nous présentons un cas de perforation utérine par un stérilet restée asymptomatique durant dix ans et nous discutons les différentes complications de la pose d'un stérilet.

PRÉSENTATION DU CAS

En décembre 1999, Mme C. 30 ans, II geste I pare, consulte les urgences de chirurgie en raison d'un syndrome douloureux abdominal sans autre symptôme d'accompagnement. La patiente est afébrile, l'abdomen est souple, sensible en région épigastrique, sus-pubienne et dans l'hypocondre gauche. Le laboratoire est parfaitement normal. Le bilan d'entrée comprend également un abdomen à vide sur lequel sont mis en évidence deux stérilets : l'un intra-utérin en position normale, l'autre localisé sous la coupole diaphragmatique gauche (fig. 1). Après quelques heures, l'évolution du syndrome douloureux abdominal est spontanément favorable.

La patiente nous est adressée pour prise en charge de cette situation particulière.

L'anamnèse obstétricale et gynécologique révèle un accouchement normal en 1990, en Moldavie, suivi lors du contrôle post-partum par la pose d'un stérilet de type Lippes Loop. Anamnestiquement, la pose aurait été simple et indolore. Deux ans plus tard alors que la contraception est supposée être toujours assurée par ce stérilet, la patiente est enceinte. Elle demande une interruption de grossesse au cours de laquelle le stérilet n'est pas retrouvé. Un deuxième stérilet est mis en place en fin d'intervention.

Nous complétons le bilan par un CT-scan qui confirme la localisation sous-diaphragmatique gauche du stérilet entre deux anses intestinales (fig. 2). Une échographie transvaginale est également effectuée. Elle met en évidence un utérus arcuatus en position rétroversée. Le deuxième stérilet est mal positionné à 25 mm du fond de la cavité utérine donc potentiellement inefficace.

Après discussion avec la patiente, ce deuxième stérilet est retiré et la contraception ultérieure est assurée par une injection de Depo-Provera®150. Le stérilet intra-abdominal étant asymptomatique depuis de nombreuses années, il est convenu avec la patiente d'une abstention thérapeutique.

LES COMPLICATIONS DE LA POSE D'UN STÉRILET

**La douleur**

Avant l'insertion, il est important de prendre le temps pour expliquer et rassurer la patiente. La mise en place d'un stérilet ne devrait pas être douloureuse et ceci d'autant moins que le stérilet ne s'adresse pas aux jeunes nullipares.

La prescription d'antalgiques ne devrait pas être nécessaire et devrait être évitée dans les jours qui suivent la mise en place d'un stérilet pour ne pas masquer les symptômes d'une éventuelle complication traumatique ou infectieuse.

Dans certains cas, la mise en place du stérilet peut être responsable d'un malaise vagal. Un équipement minimal de réanimation doit être disponible. La présence d'une deuxième personne est souhaitée pendant la pose.

**L'expulsion**

Le taux d'expulsion spontanée varie entre 1 et 7% selon les modèles. Elle survient le plus souvent dans la première année après la pose, plus particulièrement lors des premières règles.1,2 L'expulsion a lieu plus fréquemment lors d'une insertion trop basse, en cas d'anomalie de la cavité utérine méconnue et lorsqu'il existe une béance cervicale.

L'expulsion d'un stérilet peut passer inaperçue. En l'absence de fils visibles lors de l'examen gynécologique et si l'expulsion n'est pas certaine, un examen ultrasonographique sera effectué à la recherche d'un stérilet intra-utérin dont le fil serait remonté dans le canal cervical et par conséquent, non visible à l'examen gynécologique.

Dans les rares cas où le stérilet n'est pas visible à l'échographie, il faut compléter les investigations par une radiographie à vide de l'abdomen à la recherche d'un stérilet ayant passé dans la cavité péritonéale à la faveur d'une perforation.

**Les saignements**

Le stérilet peut être responsable de métrorragies mais surtout d'hyperménorrhées douloureuses (parfois anémiantes) motivant le retrait du stérilet dans 12% des cas la première année et 3% dans les années suivantes.2Les stérilets à la progestérone produisent une atrophie de l'endomètre et permettent de diminuer nettement le nombre de jours et l'importance des saignements menstruels ainsi que la dysménorrhée.

**Grossesse sur stérilet**

Le taux de grossesse sur stérilet est de 0,2-0,3%.

Leur survenue ne se complique pas d'association de malformations congénitales ftales. Cependant, le risque de fausse-couche, d'infection et d'accouchement prématuré est plus élevé, principalement si le stérilet n'a pas été expulsé ou retiré en début de grossesse.

Le risque de présenter une grossesse extra-utérine est plus important chez les porteuses de stérilet : 1,4 pour 100 grossesses contre 0,6-0,8 pour 100 grossesses chez les patientes n'utilisant pas de contraception.1

**Les risques infectieux**

Le risque infectieux est le plus important dans le premier mois après la pose du stérilet. Par la suite, ce risque diminue pour atteindre un taux d'environ 1/1000.2 C'est le passage transcervical qui comporte le plus de risque, d'où l'importance de la désinfection vaginale préalable. En présence d'une infection vaginale clinique (leucorrhée, cervicite, glaire cervicale trouble), il faudrait renoncer temporairement à la mise en place du stérilet.

La prescription d'une antibiothérapie prophylactique systématique ne semble pas nécessaire dans la prévention des infections génitales hautes liées à la mise en place du stérilet.3 Par contre, une prophylaxie doit être administrée aux patientes présentant un risque d'endocardite.

Le deuxième facteur influençant l'apparition d'une infection sur stérilet est lié au risque de présenter une maladie sexuellement transmissible.4

Les infections à *Actinomyces* sont plus fréquentes chez les porteuses de stérilet. Chez la porteuse asymptomatique, l'*Actinomyces* est généralement révélé par le frottis de dépistage de Papanicolaou. Dans le cas d'une colonisation asymptomatique, il est recommandé de retirer le stérilet et de répéter le frottis sans instaurer une antibiothérapie, qui ne sera prescrite qu'en cas de persistance du pathogène au contrôle à trois mois.

Les malades symptomatiques d'infection abdomino-pelvienne à *Actinomyces*présentent un tableau clinique grave associant la formation d'abcès et de pseudotumeur. En dehors du diagnostic qui peut requérir un geste invasif (laparoscopie par exemple) le traitement est médical. Il s'agit d'une antibiothérapie lourde et durant plusieurs mois.5,6

**Les risques de perforation**

Le risque de perforation est estimé à 1/1000. Le premier facteur influençant la pose est une position très anté- ou rétroversée de l'utérus. Cette importante courbure peut favoriser la perforation. L'expérience de l'opérateur est le deuxième facteur puis vient le moment de l'insertion : la période post-partum et l'allaitement étant probablement à plus haut risque.7 La perforation utérine survient la plupart du temps lors de la pose, elle est le plus souvent indolore et par conséquent passe inaperçue.

On la suspectera lors d'absence de visualisation des fils lors du contrôle gynécologique, lors de la survenue d'une grossesse ou lors de l'apparition de douleurs abdominales pelviennes secondaires à la pose.

Lors de la localisation intra-abdominale du stérilet, il peut se loger au niveau de la paroi abdominale, de l'épiploon, perforer la paroi intestinale, grêle, colique, appendiculaire, rectale, la paroi vésicale ou le paramètre. Dans ce cas, la lésion peut être directe ou secondaire à l'érosion de la paroi par la réaction inflammatoire produite par le corps étranger. En position abdominale, le stérilet est fréquemment responsable d'adhérences qui peuvent être déjà observées six semaines après sa mise en place. Les atteintes digestives se manifestent généralement par l'apparition de douleurs abdominales, de fièvre, voire même d'un abdomen aigu ou d'un état septique.8 Dans ces cas, le traitement consistera soit en une fermeture primaire, soit en une résection intestinale si nécessaire.

Les perforations vésicales seront suspectées lors de l'apparition de dysurie, cystite, hématurie ou lithiases urinaires. Dans cette situation, le diagnostic peut être obtenu par cystoscopie et dans certains cas, le stérilet sera retiré par cette voie. En association avec la présence d'un DIU intravésical, on peut trouver la formation de lithiases urinaires.

Les perforations des paramètres font redouter une atteinte vasculaire et une hémorragie intra-abdominale qui peut être massive.

**Bibliographie**

BIBLIOGRAPHIE
1 Mishell DR. Mechanisms of action, safety, and efficacy. Contraception 1998 ; 58 : 45-53.
2 Pasquale S. Clinical experience with today's IUDs. Obstet Gynecol Surv 1996 ; 51 : S25-9.
3 Walsh T, Grimes D, Freziers R. Randomised controlled trial of prophylactic antibiotics before insertion of intrauterine devices. Lancet 1998 ; 351 : 1962-3.
4 Burkman RT. Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease. Evolving perspectives on the data. Obstet Gynecol Surv 1996 ; 51 : S35-41.
5 Fiorino AS. Intrauterine contraceptive device-associated actinomic abscess and actinomyces detection on cervical smear. Obstet Gynecol 1996 ; 87 : 142-9.
6 Chardonnens E, Spuhler S, Welti H, De Grandi P. Rôle du dispositif intra-utérin lors de la présence d'actinomyces au frottis de dépistage. Med Hyg 1994 ; 52 : 941-4.
7 Anderson K, Ryde-Blomqvist E, Lindell K. Perforations with intrauterine devices. Report from a Swedish survey. Contraception 1998 ; 57 : 251-5.
8 Chen CP, Hsu TC, Wang W. Ileal penetration by a Multiload-Cu 375 intrauterine contraceptive device. A case report with review of the litterature. Contraception 1998 ; 58 : 295-304.

**Contact auteur(s)**

Adresse des auteurs :
Drs Viviane Di Bernardo, Yvan Vial, Olivier Bachelard, Daniel Wirthner et
Pr Pierre De Grandi
Département de gynécologie et obstétrique
CHUV
1011 Lausanne