

L'IMAGE DU MOIS

FILS INTRA-UTÉRINS

BERNARD D (1), GOFFIOUL V (2), WÉRY O (2)

Figure 1. Echographie vaginale 2D :
image hyperéchogène dans l'endomètre

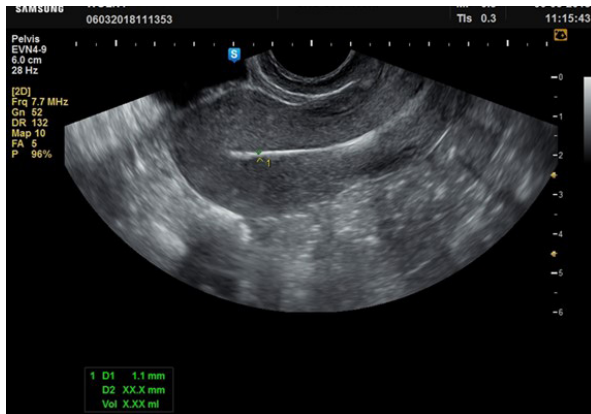
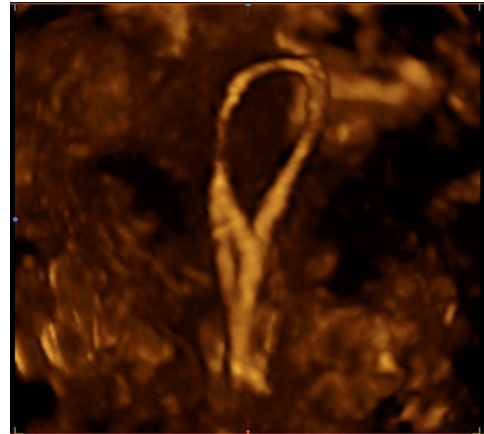


Figure 2. Echographie vaginale 3D :
image hyperéchogène dans la partie droite
de la cavité utérine



PRÉSENTATION CLINIQUE

Une jeune patiente caucasienne de 28 ans, suivie en procréation médicale assistée (PMA) pour une infertilité secondaire de deux ans, se présente en consultation pour un bilan cavitaires et de perméabilité tubaire. Elle a déjà été enceinte et a accouché par voie basse en 2013. La grossesse s'est déroulée sans particularité. Par la suite, la patiente a bénéficié d'un stérilet hormonal au lévonorgestrel durant 1 an, retiré facilement en 2015. Actuellement, sans moyen de contraception, elle a des cycles irréguliers de 25 à 30 jours. La fréquence des rapports sexuels est de 2 à 3 par mois. Elle a un indice de masse corporelle à 22 kg/m² et fume 12 cigarettes par jour. Ses antécédents médicaux révèlent uniquement une thyroïdite auto-immune traitée par L-thyroxine 25 µg/jour.

L'examen gynécologique est sans particularité. A l'échographie vaginale 2D, on visualise un utérus antéversé de forme classique, avec un myomètre homogène et des contours externes respectés. L'endomètre apparaît fin et

régulier avec, au sein de celui-ci, une image hyperéchogène. Les annexes sont sans particularité et il n'y a pas de liquide dans le Douglas (Figure 1).

A l'hydrosalpingographie (échographie améliorée par instillation d'eau), on visualise la cavité qui apparaît de forme normale, compliant et ne présentant pas de lésion organique. Le corps étranger dessine une boucle qui semble libre et intra-cavitaire. L'hydrosalpingo-contraste-sonographie montre le passage bilatéral du produit de contraste et sa diffusion péri-ovarienne. A l'échographie vaginale 3D, on retrouve cette image hyperéchogène dans la partie droite de la cavité utérine correspondant à un anneau allongé (Figure 2).

Ces examens révèlent une formation anormale d'aspect de corps étranger intra-utérin nécessitant une hystérocopie diagnostique «No Touch». Lors de l'hystérocopie, visualisation de 2 fils calcifiés, intra-cavitaires d'environ 5 cm chacun. Cet examen permet le retrait des 2 fils à la pince qui sont envoyés pour un examen anatomopathologique. La cavité utérine apparaît normale, ainsi que l'endomètre. Les ostia sont vus et libres et le défilé cervico-vaginal apparaît normal (Figures 3 et 4). Ces fils souples semblent être des fils utilisés lors des sutures chirurgicales et ne présentent pas de tissu accolé. L'origine de ces derniers reste indéterminée.

(1) Etudiante, Liège Université, Belgique.
(2) Gynécologue, CHC Saint-Vincent, Liège, Belgique.

Figure 3. Hystérocopie : 2 fils calcifiés, intra-cavitaires

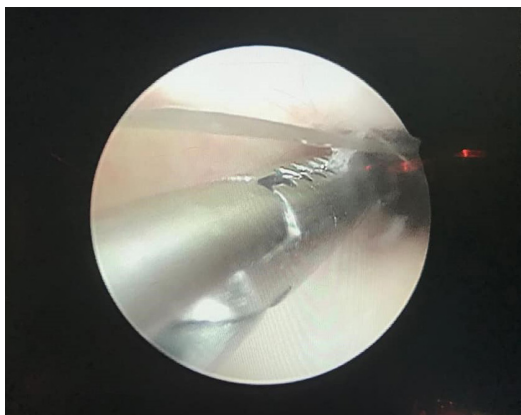


Figure 4. Un des deux fils retirés à la pince



DISCUSSION

La présence de corps étrangers intra-utérins est une des causes possibles d'infertilité secondaire. Cette affection peut se révéler par une infertilité, des métrorragies, des ménorragies ou une douleur pelvienne. Dans ce cas, le seul signe d'appel de la patiente était l'infertilité. Les corps étrangers intra-utérins, comme du matériel de suture non absorbé ou une métaplasie osseuse, peuvent empêcher l'implantation par un effet mécanique et entraîner une réaction inflammatoire chronique responsable d'une production plus importante de prostaglandines (1, 2). La patiente n'a cependant jamais subi d'opération chirurgicale et a accouché par voie basse. L'origine de ces fils reste floue, seul le stérilet hormonal dont elle a bénéficié pourrait expliquer la présence de ces derniers.

L'échographie endovaginale et ses variantes jouent un rôle important dans les investigations d'infertilité. En cas de présence de matériel étranger intra-utérin, l'échographie révèle des foyers hyperéchogènes. L'hystérocopie permet de confirmer le diagnostic et permet également de retirer le corps étranger sous contrôle visuel. Dans la littérature, après le retrait du matériel étranger, les patientes retrouvent leur fertilité et démarrent une grossesse généralement assez rapidement (3, 4).

CONCLUSION

Devant une infertilité secondaire, la présence d'un corps étranger dans la cavité utérine, bien que très rare, doit faire partie du diagnostic différentiel. L'échographie vaginale permet de

suspecter le diagnostic. L'hystérocopie se révèle être le «gold standard» pour confirmer le diagnostic et permet de traiter la patiente avec succès.

BIBLIOGRAPHIE

1. Grigore M, Blidaru I, Iordache F.— Intrauterine foreign bodies, other than contraceptive devices and systems, may affect fertility Report of two very different cases. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 2014, **19**, 141-143.
2. Mutsers E, Chantraine F, Delbecque K, et al.— Métaplasie osseuse de l'endomètre: deux cas rapportés. *Gynaïkeia*, 2010, **15**.
3. Moreno-Cid M, Pedreño AP, González EP.— Restoration of fertility after removal of intrauterine retained fetal bone. *J Gynecol Surg*, 2012, **28**, 58-60.
4. Goldberg M, Jeffrey Roberts M.— Solder restoration of fertility after hysteroscopic removal of intrauterine bone fragments. *Obstet Gynecol*, 2008, **112**, 470-472.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr O. Wéry, Service de Gynécologie, CHC Saint-Vincent, 4000 Liège, Belgique.

Email : oli.wery@gmail.com