

# Embolie pulmonaire par implant progestatif

## Embolism Pulmonary with Contraceptive Implant

P. Maroteix · J. Dupeyrat · E. Roupie

Reçu le 8 juillet 2015 ; accepté le 28 octobre 2015  
© SFMU et Lavoisier SAS 2015

### Introduction

Les implants progestatifs sont une méthode de contraception fréquemment utilisée et qui apparaît sûre. Le déplacement secondaire de ces implants est une complication possible mais relativement rare représentant 0,1 cas pour 1000 [1,2]. Nous rapportons le cas d'une patiente présentant une migration de son implant progestatif dans l'artère pulmonaire.

### Observation

Une patiente âgée de 27 ans est adressée à la structure d'urgence pour la présence d'un corps étranger au niveau de l'artère pulmonaire. Elle est traitée par méthotrexate et prednisone dans un contexte de maladie auto-immune en cours de bilan étiologique. Elle a eu la pose d'un implant progestatif sous-cutané d'etonogestrel type Nexplanon (laboratoire MSD Courbevoie, France) au niveau du bras gauche, par un médecin généraliste, dix mois avant la consultation aux urgences.

La patiente décrit ne jamais avoir perçu l'implant, tout comme le praticien ayant réalisé le geste. Dans un premier temps, il est conseillé à la patiente d'attendre que l'œdème local disparaisse afin de confirmer l'absence de palpation de l'implant. L'implant n'étant toujours pas palpable, malgré la diminution de l'œdème, un bilan d'imagerie est réalisé dix mois après la pose. L'échographie ne retrouvant pas l'implant, il est alors réalisé un scanner thoracique qui confirme la présence de l'implant au niveau de l'artère pulmonaire gauche (Fig. 1).

P. Maroteix (✉) · J. Dupeyrat · E. Roupie  
Département d'accueil et de traitement des urgences,  
CHU Caen, avenue de la Côte de Nacre, F-14033 Caen, France  
e-mail : paulmaroteix@gmail.com

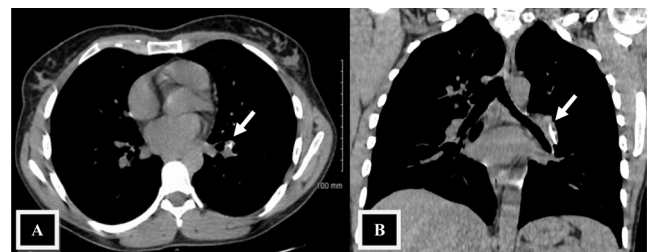
E. Roupie  
Pôle de formation et de recherche en santé,  
université Caen-Basse-Normandie,  
2 rue des Rochambelles, F-14032 Caen, France

La patiente décrit une douleur basi-thoracique gauche, à type de pointe, augmentée à l'inspiration profonde ainsi qu'une dyspnée d'effort évoluant depuis plusieurs mois. La pression artérielle est à 118/70 mm de mercure, la fréquence cardiaque à 90 battements par minutes, la saturation en oxygène est à 100 % en air ambiant. L'examen clinique est strictement sans particularité. L'ECG retrouve un rythme sinusal régulier, avec un axe normal, sans trouble de conduction, ni trouble de repolarisation.

L'extraction du corps étranger est alors réalisée par l'équipe de radiologie interventionnelle par voie endovasculaire (Fig. 2). Celle-ci s'est déroulée sans événement particulier et il n'est pas retrouvé de thrombus associé.

### Discussion

Nous n'avons retrouvé que deux cas décrits de migration intravasculaire dont une seule dans l'artère pulmonaire [3]. Le cas est celui d'une femme de 36 ans dont l'implant n'était également pas palpable dans les suites. Après un épisode de douleur thoracique apparue sept mois après, une radiographie thoracique retrouvait l'implant au niveau du lobe pulmonaire gauche. Le bilan scannographique localisait celui-ci dans la branche sous-segmentaire du lobe inférieur gauche. La migration secondaire pourrait être expliquée par une pose de l'implant au niveau de la veine basilique, avec un



**Fig. 1** Scanner thoracique en coupe transversale (A) et coronale (B) avec implant contraceptif dans l'artère pulmonaire gauche (flèche)



**Fig. 2** Angiographie pulmonaire gauche avant ablation de l'implant montrant une perfusion normale de la pyramide basale

déplacement progressif de l'implant vers les cavités cardiaques. Cette migration semble nécessiter un certain délai qui est de sept à dix mois selon le cas clinique de Patel et al. [3] et le nôtre. Depuis le changement de dispositif de pose, datant de janvier 2011, il semblait difficile de réaliser une mauvaise pose d'implant, une grande partie des publications concernaient des implants posés avant ce changement. Les personnes habilitées à réaliser la pose sont les professionnels de santé pouvant prescrire l'implant et ayant une formation à la pose du dispositif [4]. Cependant, il n'existe pas de

recommandation officielle sur la formation nécessaire à la pose des implants.

Il est remarquable que cette embolie mécanique n'ait pas entraîné de thrombus. Nous ne pouvons qu'évoquer des hypothèses sur une éventuelle fibrinolyse spontanée et/ou un matériel particulièrement peu thrombogène. La patiente n'a d'ailleurs pas bénéficié de traitement anticoagulant ni pendant, ni au décours de cet épisode.

Lorsqu'un implant n'est pas palpable en sous-cutané après une pose, il est nécessaire de réaliser une recherche de celui-ci, soit par échographie +/- scanner thoracique +/- imagerie par résonance magnétique, comme cela est recommandé dans le résumé des caractéristiques du produit [5]. L'extension de ce type de contraception nous amène à vérifier systématiquement la présence palpable de l'implant en cas de symptomatologie artérielle ou pulmonaire.

**Liens d'intérêts :** Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

## Références

1. Jørgensen NP (2010) Contraceptive implants-aberrations from insertion and removal procedure. *Tidsskr Nor Laegeforen* 130:733-4
2. Bensouda-Grimaldi L, Jonville-Béra AP, Beau-Salinas F, et al (2005) Insertion problems, removal problems, and contraception failures with Implanon. *Gynecol Obstet Fertil* 33:986-90
3. Patel A, Shetty D, Hollings N, et al (2014) Contraceptive Implant embolism into the pulmonary artery. *Ann Thorac Surg* 97:1452
4. Agence Nationale de sécurité du médicament. Résumé des caractéristiques du produit Nexplanon. Mise à jour septembre 2012. <http://agence-prd.ansm.sante.fr> (Dernier accès le 20 octobre 2015)
5. Mourtilon P, Tixier H, Loffroy R, et al (2008) Vascular complication after insertion of a subcutaneous contraceptive implant. *Acta Obstet Gynecol Scand* 87:1256-8