

Case report

Inversion utérine puerpérale: à propos de deux cas et revue de la littérature



Puerperal uterine inversion: about two cases and review of literature

Meriem Serraj Andaloussi^{1,&}, Majda Achbbak¹, Oumeyma Baroud¹, Houssine Boufettal¹, Sakher Mahdaoui¹, Naïma Samouh¹

¹Service de Gynécologie, Obstétrique, Hôpital Ibn Rochd, Université Hassan 2, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Casablanca, Maroc

[&]Auteur correspondant: Meriem Serraj Andaloussi, Service de Gynécologie, Obstétrique, Hôpital Ibn Rochd, Université Hassan 2, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Casablanca, Maroc

Received: 04 Dec 2019 - Accepted: 19 Jan 2020 - Published: 04 Feb 2020

Domain: Obstetrics and gynecology

Mots clés: Inversion utérine puerpérale, traitement, techniques chirurgicales

Résumé

L'inversion utérine est la pénétration à l'intérieur de la cavité utérine du fond de l'utérus qui se retourne en doigt de gant et fait saillie dans le vagin ou hors de la vulve. C'est un accident très rare, mais grave de la délivrance, qui peut aboutir à des complications redoutables voire le décès maternel. Sa fréquence rapportée dans la littérature varie de 1/2000 à 1/20 000 accouchements. C'est aussi une grande urgence dont la morbidité et la mortalité dépendent de la précocité de la prise en charge. Parmi les facteurs favorisants, on retrouve en premier lieu une hypotonie utérine associée à une insertion fundique du placenta, ce qui provoque une dépression du fond utérin en cas de manœuvres intempestives (traction sur le cordon, expression utérine). Une réduction manuelle est tentée en première intention, menée de façon conjointe aux mesures de réanimation, Elle fait appel à plusieurs méthodes manuelles consistant à retourner l'utérus après éventuelle utilisation de procédés myorelaxants le traitement chirurgical par voie haute ou voie basse est réservés aux échecs de cette réduction. Nous rapportons deux cas d'inversion utérine puerpérale subaiguë et chronique après un accouchement par voie basse ou on a procédé à un traitement conservateur pour la première et non conservateur basé sur l'hystérectomie pour la deuxième après échec des techniques conservatrices.

Case report | Volume 2, Article 31, 04 Feb 2020 | 10.11604/pamj-cm.2020.2.31.21186

Available online at: <https://www.clinical-medicine.panafrican-med-journal.com/content/article/2/31/full>

© Meriem Serraj Andaloussi et al PAMJ - Clinical Medicine (ISSN: 2707-2797). This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution International 4.0 License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Abstract

Uterine inversion occurs when the uterine fundus collapses into the endometrial cavity, turning the uterus inside out like a finger of a glove and protruding into the vagina or out of the vulva. It occurs very rarely, but it can cause severe complications during delivery, including maternal death. Its rate reported in the literature varies from 1/2000 to 1/20 000 deliveries. It is also a matter of great urgency because morbidity and mortality depend on early management. The contributing factors include, in the first place, uterine hypotonia associated with fundal insertion of placenta, which causes uterine fundus depression during the event of untimely maneuvers (cord traction, uterine expression). Manual reduction is initially performed in association with resuscitation measures. It includes several manual methods consisting in returning the uterus to its original position after possible myorelaxation technique. Cesarean section or vaginal delivery are used if manual reduction fails. We here report two cases of subacute and chronic puerperal uterine inversion after vaginal delivery. Conservative treatment was performed in the first case non conservative treatment in the second one. This was based on hysterectomy after failure of conservative techniques.

Key words: Puerperal uterine inversion, treatment, surgical techniques

Introduction

L'inversion utérine se définit anatomiquement comme l'invagination du fond utérin en «doigt de gant» [1] jusqu'à pouvoir au maximum s'extérioriser à la vulve. C'est une complication obstétricale exceptionnelle, qui engage le pronostic vital de la patiente [1,2]. Devant toute hémorragie du post partum, le diagnostic d'inversion utérine aigue doit être éliminé [3].

Patient et observation

Madame T.k âgée de 31 ans, deuxième geste deuxième pare, n'ayant pas d'antécédent particulier a été admise aux urgences obstétricales de la maternité El Harrouchi pour une hémorragie du post partum immédiat de moyenne abondance. L'anamnèse a retrouvé un accouchement par voie basse remontant à plus de 3 heures, d'un nouveau-né de sexe masculin pesant 3400 g, d'Apgar 9/10 à la cinquième minute, sans anomalie décelée, à hôpital Khouribga avec notion d'expression utérine excessive. L'accouchement est survenu au bout de 10 heures de travail, il s'en est suivi une hémorragie abondante après la délivrance. À l'admission, la patiente était

agitée avec une TA= 10 /60 mmHg, FC=102 Bpm, conjonctives légèrement décolorées. La palpation sus pubienne a objectivé l'absence du globe utérin dans la région hypogastrique, l'examen sous valve montrait une masse molle volumineuse à grosse extrémité inférieure correspondant au fond utérin. Le diagnostic d'inversion utérine puerpérale de 2^e degré a été retenu à l'issue de l'examen clinique. Après la mise en route de mesures de réanimation appropriées, par remplissage vasculaire et transfusion de culots globulaires, la patiente a été transférée au bloc opératoire pour tentative de réduction manuelle sous anesthésie générale par la manœuvre de taxis; ce qui s'est soldé par un échec. Il a été aussitôt décidé d'une réduction au cours d'une laparotomie d'urgence (Figure 1). La technique de réduction progressive par pinces atraumatiques selon la technique de Huntington a été pratiquée, mais n'a pu être efficace ainsi une incision longitudinale corporelle antérieure a permis une réduction (Figure 2). Le saignement s'est arrêté en per opératoire avec une perfusion de 20 UI d'ocytocine et la pose intra rectale de 4 comprimés de misoprostol (Cytotec) 200 microgrammes. La patiente a bénéficié de 3 culots globulaires pour stabiliser l'hémodynamique. La patiente n'a pas présenté de troubles de l'hémostase, ni de troubles urinaires, les suites opératoires ont

été marquées par une anémie modérée à 8g/dl. La sortie de la patiente a été décidée au 4^e jour d'hospitalisation.

Observation 2: patiente A.R de 25 ans, deuxième geste deuxième pare, n'ayant pas d'antécédent particulier a été admise aux urgences obstétricales du CHU pour des saignements des faibles abondances et des douleurs pelviennes évoluant depuis 15jrs. L'anamnèse a retrouvé un accouchement par voie basse remontant à 1mois, dans une maternité de niveau I à Midelt d'un nouveau-né de sexe masculin, sans anomalie décelée. La patiente nous a été adressée à H9 du diagnostic de l'inversion utérine de l'hôpital de Beni Mellal. À l'admission, la patiente consciente, glasgow 15/15, conjonctives décolorées avec une TA= 09 /60 mmHg, un pouls à 97Bpm. l'examen sous valve montrait une masse molle volumineuse à grosse extrémité inférieure correspondant au fond utérin, une inversion utérine totale puerpérale a été confirmée à l'issue de cet examen. Après la mise en route de mesures de réanimation appropriées, par remplissage vasculaire, la patiente a été transférée au bloc opératoire, Une tentative de taxis central a été effectuée sans succès. Il a été aussitôt décidé d'une réduction au cours d'une laparotomie d'urgence. La technique de réduction progressive par pinces atraumatiques a été pratiquée, mais n'a pu être efficace. Une hystérectomie a donc été décidée, et réalisée en dernier recours pour sauvetage maternel (Figure 3). La patiente a bénéficié de 2 culots globulaires pour stabilisation l'hémodynamique. Les suites post opératoires ont été simples et la NFS de contrôle objectivait un taux d'hémoglobine à 10.3g/dl, mise sous traitement martial et déclarée sortante à j4 post opératoire.

Discussion

L'inversion utérine puerpérale est une pathologie rare mais grave. Elle nécessite une prise en charge rapide car engage le pronostic vital maternel. Il est décrit 4 stades anatomiques [4]:

le stade I dans lequel on trouve le fond utérin en cupule sans atteindre l'orifice cervical; le stade II lorsque le fond utérin franchit l'orifice cervical; le stade III dès qu'il s'exteriorise hors du vagin et le stade IV lorsque les parois vaginales participent au retournement. Certains auteurs distinguent des formes selon le délai de survenue par rapport à l'accouchement : on parle d'inversion aiguë lorsqu'elle est découverte dans les 30 minutes. Au-delà, un œdème cervical se constitue formant un anneau gênant la réintégration du corps utérin: il s'agit alors d'une inversion subaiguë, c'est le cas de notre première observation. L'inversion chronique se définit par sa découverte au minimum 30 jours après l'accouchement. [2,5,6]. La primiparité ou la pauciparité, la traction intempestive sur le cordon favorisée par l'atonie utérine en particulier au niveau de la zone d'insertion placentaire sont les principaux facteurs prédisposant à l'inversion [4]. D'autres facteurs sont décrits comme la localisation placentaire (fundique ou accreta), la présence d'un cordon court, un travail long ou très rapide favorisant l'hypotonie [1]. Le diagnostic des inversions utérines puerpérales est clinique, effectué lors de la délivrance ou rapidement après, devant trois principaux signes qui sont l'hémorragie, le choc et les douleurs pelviennes. Un diagnostic rapide est capital car une inversion utérine engage le pronostic vital. Le taux de mortalité est fonction du délai de prise en charge [2].

L'intensité du choc hypovolémique n'est pas proportionnelle à l'intensité de l'hémorragie et il peut même la précéder, en raison d'une étiopathogénie pas seulement hypovolémique mais aussi neurogénique. En effet, l'aspiration du fond utérin à travers l'anneau cervical entraîne un étirement des filets nerveux du péritoine et des ligaments larges, ainsi qu'une compression des ovaires. De cette physiopathogénie découle un des principes clés du traitement de l'IUP qui veut que la correction du choc nécessite la réduction de l'inversion associée au déchoquage médical [7]. La réanimation médicale et la tentative de réduction manuelle (= taxis) doivent se

réaliser d'emblée et simultanément. La réduction manuelle de l'inversion doit être tentée le plus rapidement possible avant la formation de l'anneau cervical, qui se forme en général dans les 30 minutes après l'inversion. La manoeuvre est facilitée par l'obtention d'un bon relâchement utérin obtenu par une anesthésie générale ou par l'utilisation de drogues myorelaxantes telles que les bêta-mimétiques, les dérivés nitrés ou le sulfate de magnésium [1]. La prise en charge des inversions utérines puerpérales doit être immédiate; elle repose sur une réanimation énergique pour corriger le choc, associée à une tentative de réduction manuelle première [8] qu'elle soit par un taxis simple ou par la manoeuvre de Johnson, la main sera gardée en place un certain moment associée aux utérotoniques pour lutter contre une réinversion immédiate [4]. Un tamponnement par méchage de la cavité utérine est ensuite préconisé pour maintenir la réduction [8]. Il faut souligner l'intérêt de la méthode hydraulique d'Ossilivan qui permet d'éviter l'anesthésie générale et le risque de mort subite décrit en cas de taxis [9]. Les méthodes de réduction sanglante par voie basse et/ou par laparotomie sont délabrantes et réservées aux échecs de réduction par taxis [10].

Conclusion

Le diagnostic n'est pas souvent aisé, le pronostic maternel est mis en jeu d'où la nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire, adéquate et surtout précoce.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Figures

Figure 1: utérus après tentative de réduction manuelle de l'inversion

Figure 2: réduction après une incision longitudinale corporeale antérieure

Figure 3: hystérectomie totale avec conservation annexielle

Références

1. Eddaoudi C, Grohs MA, Filali A. Inversion utérine: à propos d'un cas. *Pan African Medical Journal*. 2018 Feb 5;29:99. **PubMed | Google Scholar**
2. Lisik F, Plonka S, Fize C, Callec M, Pennehouat G. Une urgence obstétricale rarissime: inversion utérine puerpérale aiguë. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2004; 33(6):546-548. **Google Scholar**
3. Dessaint A, Creux H, Dallay D. Inversion utérine puerpérale aiguë: à propos d'un cas. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2014;43(7):550-551.
4. Ali O, Ibrahim A, Guedid DA. Inversion utérine puerpérale chronique: à propos d'un cas avec revue de littérature. *International Journal of Innovation and Applied Studies*. 2015;11(2):317. **Google Scholar**

5. Goffinet F, Heitz D, Verspyck E. Inversion utérine puerpérale. *Encycl Méd Chir, Obstétrique*. 1999;119:661-664.
6. Philippe HJ, Goffinet F, Jacquemard F, Morel B, Grall JY, Lewin D. Les traitements des inversions utérines obstétricales: à propos de trois observations. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*. 1991; 20(6):843-849. **Google Scholar**
7. Adjoby R. Hystérectomie pour inversion utérine puerpérale aiguë: à propos d'un cas au CHU de Cocody (Abidjan-Côte d'Ivoire). *Société d'Anesthésie-réanimation d'Afrique Noire Francophone*. 2014; Tome 19:2.
8. Jerbi M, Iraqui Y, Jacob D, Truc JB. Inversion utérine puerpérale aiguë: a propos de deux cas. *Gynécologie obstétrique & fertilité*. 2004; 32(3):224-227. **Google Scholar**
9. Tan KH, Luddin NS. Hydrostatic reduction of acute uterine inversion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2005;91(1):63-64. **PubMed | Google Scholar**
10. Achanna S, Mohamed Z, Krishnan M. Puerperal uterine inversion: a report of four cases. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2006;32(3):341-345. **PubMed | Google Scholar**



Figure 1: utérus après tentative de réduction manuelle de l'inversion



Figure 2: réduction après une incision longitudinale corporéale antérieure

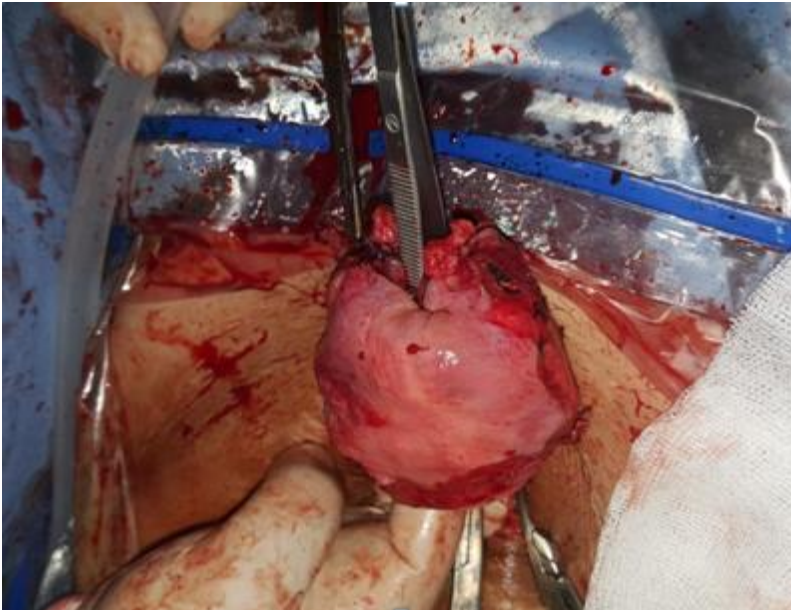


Figure 3: hystérectomie totale avec conservation annexielle