



Cas Clinique

Inversion Utérine Non Puerpérale Aigue Négligée

Neglected acute non-puerperal uterine inversion: a case report

Makoyo Komba O, Bang Ntamack JA, Minkobame U, Assoumou P, Eya'ama R, Mewie Lenzinga A, Meye JF.

Département de Gynécologie Obstétrique. Centre Hospitalier Universitaire Mère Enfant Jeanne Ebori. Libreville (Gabon).

Auteur Correspondant : O MAKOYO KOMBA: Gynécologue Obstétricienne, Centre Hospitalier Universitaire Mère Enfant Jeanne Ebori. Boite postale : 19328 Libreville. mopheelia@yahoo.fr

Mots clés : Inversion utérine aigue-non puerperale-bistournage myome.

Key words: Acute uterine inversion- non puerperal-myoma bistournage.

ABSTRACT

Acute non-puerperal uterine inversion is a rare clinical situation. We report a case of acute uterine inversion occurring following an attempt to extract a myoma delivered through the cervix. The lack of knowledge of the pathology by nursing staff and the patient's modesty delayed the treatment indicated, giving way to the installation of severe infectious and anemic complications.

RÉSUMÉ

L'inversion utérine non puerperale aigue, est une situation clinique rare. Nous rapportons un cas d'inversion utérine aigue survenue suite à une tentative d'extraction d'un myome accouché par le col. La méconnaissance de la pathologie par le personnel soignant et la pudeur de la patiente ont retardé la prise en charge indiquée, laissant ainsi place à l'installation de complications infectieuses et anémiques sévères.

INTRODUCTION

L'inversion utérine se définit comme une invagination du fond utérin en «doigt de gant», la muqueuse utérine faisant saillie à travers le vagin. Elle est le plus souvent observée dans le post partum immédiat, où elle représente une complication obstétricale exceptionnelle, qui engage le pronostic vital de la patiente [1]. Il s'agit d'une situation rare en gynécologie.

L'inversion utérine non puerpérale ou gynécologique est généralement associée à un processus pathologique, elle peut être aigue ou chronique. La manifestation aigue se traduit par une expulsion soudaine de l'utérus accompagnée de douleur et d'hémorragie, tandis que la manifestation chronique présente un inconfort pelvien et des saignements utérins irréguliers jusqu'à ce que l'utérus fasse finalement saillie à travers ou hors du vagin [2].

Nous rapportons une observation d'inversion utérine non puerpérale aigue négligée, évoluant sous un mode chronique, consécutive à une tentative d'extraction de myome utérin par voie vaginale.

OBSERVATION CLINIQUE

Madame M M, âgée de 41 ans, sans emploi, 6 gestes 5 parités, est reçue aux urgences de gynécologie pour une asthénie importante associée à une grosse masse charnue vulvaire, extériorisée par le vagin.

Dans l'histoire, la patiente rapporte la survenue 8 mois auparavant d'algies pelviennes minimales associées à des ménométrorragies faites de sang rosâtre, ceci avait motivé une consultation dans une structure hospitalière

privée et le diagnostic de myome accouché par le col aurait été posé. Une tentative de myomectomie par bistournage aurait été réalisée mais sans succès. Ce procédé se serait plutôt compliqué de l'extériorisation complète de la masse associée à une douleur vive aigue et des saignements modérés mais persistants. Devant cette complication, une intromission vaginale au doigt avait été réalisée, et la patiente avait bénéficié d'un traitement médical par voie intra veineuse associant un antalgique majeur (Tramadol®) et un hémostatique (Exacyl®) pendant 24h et renvoyée à domicile. Il s'en est suivi, une gêne vaginale persistante, associée à un écoulement purulent nauséabond et à l'extériorisation de la masse charnue au moindre mouvement d'effort. Sept mois après ces faits, elle décide de consulter dans notre structure.

A l'admission, la patiente était consciente. On notait une pâleur cutanéomuqueuse généralisée, une hyperthermie à 38°C et une hypotension à 90/60 mmHg. L'inspection des voies génitales retrouvait une grosse masse extériorisée par le vagin, d'aspect rose et grisâtre, dégagant une odeur nauséabonde, une vulve béante avec une mauvaise trophicité cutanéomuqueuse, un méat urinaire perçu (Image 1). La tentative d'exploration du vagin était impossible à cause de la douleur provoquée.



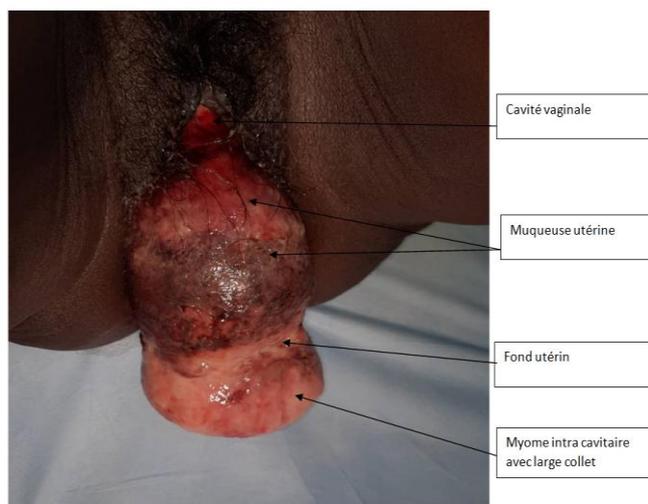


Figure 1 : Inversion utérine totale associée à un fibrome

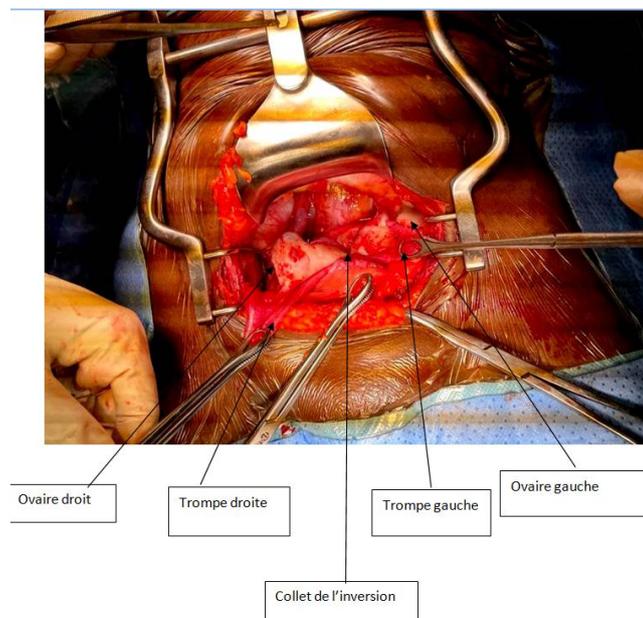


Image 2 : vue en laparotomie.

Le bilan biologique retrouvait une hyperleucocytose à $14000/mm^3$ et une anémie sévère à 2,9 g/dl. L'échographie pelvienne faite avec sonde abdominale montrait une loge utérine vide, avec des ovaires non visualisés.

Nous avons retenu le diagnostic d'inversion utérine.

La prise en charge immédiate en hospitalisation a consisté en une toilette vulvaire avec de la Bétadine gynécologique associée à une réduction manuelle de la masse dans le vagin ainsi qu'à une transfusion iso groupe iso rhésus de 3 culots globulaires. Une antibiothérapie intra veineuse à base d'amoxicilline acide clavulanique à raison de 2g par 24 heures avait été instaurée.

L'exploration sous anesthésie générale 48heures après l'admission, a permis de mettre en évidence un myome intra cavitaire type 1 de la FIGO, associé à une inversion utérine de 4ème degré.

Devant l'inversion utérine de 4ème degré nous avons opté pour une prise en charge chirurgicale avec un double abord : voie génitale en premier lieu suivi de la laparotomie.

L'intervention a débuté par l'exérèse de la masse myomateuse d'environ 6x5 cm suivie d'une tentative de réduction manuelle de l'utérus. Ce geste s'étant soldé par un échec.

Nous avons alors décidé d'une hystérectomie totale avec conservation des annexes réalisée par laparotomie (Image 2).



Les suites opératoires étaient simples et la patiente a pu sortir de l'hôpital à j6.

L'examen anatomopathologique retrouvait un aspect histologique en faveur d'un léiomyome sous muqueux peu remanié et un utérus siège de remaniement fibro inflammatoire sub aigu et diffus, avec ulcération hémorragique de l'endomètre compatible avec une inversion utérine.

DISCUSSION

L'inversion utérine est une complication grave. Elle se manifeste en général au cours du post partum. Lorsqu'elle survient en dehors de la grossesse, elle est dite non puerpérale ou gynécologique [2]. L'inversion utérine non puerpérale est une affection rare, moins de 200 cas sont rapportés dans la littérature [3]. Elle apparait généralement chez les femmes ménopausée ou d'un âge supérieure à 45ans [1]. Cliniquement plusieurs degrés ont été décrits en fonction de la localisation du fond utérin : 1^{er} degré : dépression du fond vaginal en cul de fiole ; 2^{ème} degré : franchissement de l'orifice externe du col ; 3^{ème} degré : fond utérin intra-vaginal voire extériorisation à la vulve ; 4^{ème} degré : participation des parois vaginales au retournement.

Deux autres classifications ont été proposées pour l'inversion utérine non puerpérale : l'inversion partielle ou totale [4] et l'inversion aiguë ou chronique en fonction de l'apparition et de l'évolution des symptômes [5,6].

L'inversion utérine non puerpérale aiguë est souvent dramatique. Elle se caractérise par une intensité plus élevée de la douleur et une ménorragie lourde [7].

L'inversion utérine non puerpérale chronique est caractérisée par une gêne pelvienne, des pertes vaginales, une ménorragie minime et une anémie sévère [6,7,8].

Sur la base de ces deux classifications, le cas décrit ici s'identifie comme une inversion utérine totale, d'installation aiguë, suite à la traction incontrôlée sur le fibrome, évoluant sur un mode chronique.

Par ailleurs, la revue de la littérature à ce sujet est pauvre en données africaines. Pourtant la myomatose utérine très fréquente au sein des populations noires, est identifiée comme étant la cause principale de cette affection [9,10]. Il existerait donc d'autres facteurs de risque importants qui participeraient à la survenue de cette affection à savoir une paroi utérine mince, une croissance désordonnée de la masse tumorale, la taille de la masse, sa localisation, la fixation de la masse dans la paroi utérine par un seul pédicule, la dilatation du col utérin due à une distention de la cavité utérine et la déhiscence de la masse tumorale [9,10,11,12]. Dans le cas présent, nous avons observé que la tumeur s'implantait largement sur le fond utérin.

Aussi dans ce contexte africain d'inaccessibilité à certains soins de qualité, nous constatons un retard dans la décision de recourir aux soins appropriés. Dans le cas que nous décrivons, il y a eu insuffisance dans la prise en charge de l'inversion utérine en phase aigüe. La douleur intense perçue lors de la traction du fibrome et les saignements modérés associés ont été remédiés par la médication prescrite, ce qui a abasourdi le tableau clinique. La prise en charge correcte immédiate aurait empêché l'évolution vers la chronicité et l'installation des complications anémiques sévères et infectieuses décrites.

Ce retard de recours aux soins appropriés peut aussi s'expliquer par la pudeur de la patiente. En effet, l'apparition d'une masse charnue à travers les voies génitales était mal acceptée par la patiente. Elle en avait honte et le cachait. La décision de reconsulter n'est motivée que tardivement lorsque d'autres signes de complications sont apparus telles que l'asthénie importante liée à l'anémie sévère et l'odeur putride que dégageait cette masse entre les jambes liée à la surinfection.

Le léiomyome est resté l'étiologie la plus fréquente (56,2 %) [13]. L'analyse anatomopathologique dans notre cas confirmait cette tendance.

La prise en charge a consisté à une réanimation médicale préalable pendant 48h avec rétablissement de la volémie et antibiothérapie à large spectre, suivie de la prise en charge chirurgicale. Cette dernière s'est faite en deux temps, d'abord la résection du fibrome par voie vaginale puis l'hystérectomie abdominale totale avec conservation des annexes. Cette attitude semble être le traitement le plus efficace dans ce cas [14,15]. L'hystérectomie s'est faite de façon classique, après repositionnement de l'utérus dans la cavité pelvienne. Ce geste s'est fait grâce à une traction laborieuse en tire-bouchon de l'utérus à l'aide d'un doigt introduit et transperçant le muscle utérin au niveau de la précédente zone d'insertion du myome.

CONCLUSION

L'inversion utérine non puerpérale aigue peut être iatrogène. Tous les myomes accouchés par le col ne sont pas accessibles à un bistournage, une bonne évaluation clinique et échographique préalable permettrait d'éviter la survenue de cette pathologie.

CONSENTEMENT

Le consentement éclairé écrit a été obtenu de la patiente pour la publication de ce rapport de cas et des images qui l'accompagnent.

RÉFÉRENCES

1. Puerperal uterine inversion and shock. Beringer Rm, Patteril M.; *Br J. anaesth* 2004 ; 92 (3) :439-4.
2. Inversion non puerpérale de l'utérus. Jones HW. *Le Journal américain de chirurgie* . 1951 ; 81 (5) : 492-495. doi: 10.1016/0002-9610(51)90268-1.
3. Inversion utérine secondaire à un grand léiomyome prolapsus : enjeux diagnostiques et de prise en charge. Martin A, Tranoulis A, Sayasneh A. *Cureus*. 2020 ; 12 :7168.
4. Inversion utérine causée par le sarcome utérin : un rapport de cas. Takano K, Ichikawa Y, Tsunoda H, Nishida M.. *Jpn J Clin Oncol*. 2001 ; 31 (1) : 39-42.
5. IRM de l'inversion utérine non puerpérale due à un carcinome de l'endomètre. Moulure F, Hawnaur JM. *Clin Radiol*. juin 2004 ; 59 (6) : 534-537.
6. Utérus préservant le repositionnement de l'inversion utérine non puerpérale sous laparoscope: un rapport de cas et une revue de la littérature. Zhang X, Sun L, Chen X, Hua K. *Gynecol Obstet Invest*. 2015:1-4.
7. Inversion utérine non puerpérale secondaire à un sarcome utérin et à une ascite démontrée en TDM et en IRM. Tuckett JD, Yeung A, Timmons G, Hughes T. *Eur J Radiol Extra*. 3. Vol. 75. Elsevier Ireland Ltd ; 2010. Sep, p. e119-e123.
8. Inversion utérine non puerpérale : un rapport de cas. Fofie CO, Baffoe P. *GHANA Med J*. 2010; 44 (2): 97-99.
9. Inversion utérine non puerpérale chez une jeune femme : un rapport de cas. Kouamé A, Koffi SV, Adjoby R, et al. *J West Afr Coll Surg*. 2015 ; 5(3) :78-83.
10. Inversion utérine non puerpérale avec choc hypovolémique. Song YJ, Yang J, Yun HS et al. *J Menopausal Med*. 2016 ; 22 (3) : 184-7.
11. Inversion utérine non puerpérale chez une jeune femme : un rapport de cas. Rathod S, Samal SK, Pallavee P, Ghose S. *J Clin Diagn Res*. 2014; 8 (9): OD01-2.
12. Inversion utérine cause par un léiomyome sous muqueux. Casanova J, Huang KG, Adlan AS, Artazcoz S. *J Gynecol Surg*. 2014 ; 29(6) :294-6.
13. Inversion utérine non puerpérale : ce que les gynécologues doivent savoir ? RP Herath, M. Patabendige, M. Rashid, PS Wijesinghe *Obstet Gynecol Int*. 2020 ; 2020 : 8625186. Publié en ligne le 1er juin 2020. doi : 10.1155/2020/8625186.
14. A propos d'un cas de rhabdomyosarcome de l'utérus associé à une inversion utérine. Affaire AS, Kirby TO, Conner MG, Huh WK. *Gynecol Oncol*. mars 2005 ; 96 (3) : 850-853.
15. Léiomyome utérin associé à une inversion utérine non puerpérale diagnostiquée à tort comme un cancer avancé du col de l'utérus : un rapport de cas. Umeonihu OS, Adinma JJ, Obiechina NJ, Eleje GU, Udegbumam OI, Mbachu II. *Int J Surg Case Rep*. 11. Vol. 4. Associés chirurgicaux Ltd ; 2013. Jan., p. 1000-1003.