

Inversion utérine: une cause inhabituelle d'hémorragie de la délivrance



Z.A. Botolahy *¹, M. Rakotovao², D.M.A. Randriambololona³, R. Randriamahavonjy¹, A. Hery Rakotovao³

¹ Service de Gynécologie Obstétrique, Centre Hospitalier de Soavinandriana, Antananarivo, Madagascar

² Service de Chirurgie Viscérale, CHU-JRA BP 4150 Antananarivo, Madagascar

³ Service de Gynécologie Obstétrique, Befelatanana, CHU d'Antananarivo, Madagascar

Résumé

L'inversion utérine puerpérale est une complication obstétricale rare mais grave. Une mauvaise prise en charge de la troisième phase du travail semble favoriser sa survenue. Nous en rapportons un cas observé chez une primipare de 19 ans ayant accouché à domicile avec délivrance hémorragique. Une réduction chirurgicale par voie basse était pratiquée. Les particularités diagnostiques et les principes de la prise en charge sont discutés à la lumière d'une revue de la littérature.

Mots-clés: Chirurgie; Diagnostic; Hémorragie de la délivrance; Inversion utérine

Uterine inversion: an unusual cause of afterbirth delivery haemorrhage

Summary

Postpartum uterine inversion is an uncommon but serious obstetrical complication. It seems occurring because of bad management of labour third stage. Authors report here a case observed in a 19 year-old primipara who gave birth at home with afterbirth delivery haemorrhage. Surgical reduction by vaginal approach was practised. Diagnosis features and treatment procedures are discussed with a review of the literature.

Keywords: Diagnosis; Delivery haemorrhage; Surgery; Uterine inversion

Introduction

L'inversion utérine (IU) correspond à une invagination de l'utérus en doigt de gant [1]. Complication obstétricale rare, elle nécessite un diagnostic et une prise en charge rapides pour ne pas mettre en jeu le pronostic vital maternel. Nous rapportons dans cette étude un cas observé chez une primipare de 19 ans prise en charge au Service de Gynécologie Obstétrique, Maternité de Befelatanana, Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo (Madagascar). Les particularités étiologiques, diagnostiques et thérapeutiques de l'IU puerpérale sont discutées avec une revue de la littérature.

Observation

Madame R âgée de 19 ans, primipare, primigeste, était admise en urgence pour une hémorragie grave de la délivrance deux heures après un accouchement à domicile effectué par une matronne. Après une grossesse sans incident particulier, elle avait accouché à 39 semaines d'aménorrhée. Des manœuvres d'expression abdominale avaient été pratiquées par l'accoucheuse pour aider le dégagement. Elle avait donné naissance à une fille née vivante de poids non précisé. Des tractions intempestives sur le cordon ombilical avaient été réalisées pour hâter la délivrance. Une hémorragie était apparue dans les suites immédiates de cette dernière. A l'entrée, elle présentait un état de choc avec pulsations et tension artérielle imprégnables et un saignement de moyenne abondance. L'examen gynécologique découvrait une IU subaiguë de stade II (Figure 1). Le taux d'hémoglobine était à 7,1g/dl. Quatre

poches de sang total étaient alors transfusées et une réduction chirurgicale par voie basse selon la technique de Spinelli était réalisée deux heures après l'admission (Figure 2 et 3). Les suites opératoires étaient simples et la patiente était sortie au 11^{ème} jour post-opératoire.



Fig. 1: Examen gynécologique: inversion utérine subaiguë stade II

Discussion

L'IU puerpérale représente 85% de toutes les IU [1,2]. Sa prévalence varie selon les auteurs allant de 1/2500 accouchements dans les séries anglo-saxonnes [2] à 1/47000 dans les séries françaises [3]. Deux conditions sont communément admises par tous les auteurs pour qu'elle survienne: une atonie utérine et une dilatation cervicale suffisante [2]. Des facteurs iatrogènes tels que les expressions abdominales, la traction intempestive sur le cordon ou encore l'arrêt brutal de l'administration d'ocytocique ont été incriminés [4,5]. D'autres facteurs prédisposant ont également été décrits comme la primiparité, la pauciparité, le placenta fundique ou accreta, un cordon court, un travail rapide ou trop long [1,5]. Notre patiente était primi-

* Auteur correspondant

Adresse e-mail: bvola146@yahoo.fr (Z.A. Botolahy).

¹ Adresse actuelle: Service de Gynécologie Obstétrique, Centre Hospitalier de Soavinandriana, Antananarivo, Madagascar



Fig. 2: Réduction chirurgicale par voie basse selon Spinelli: colpohystérotomie médiane antérieure



Fig. 3: Technique de Spinelli: suture de l'hystérotomie

pare et avait subi des expressions abdominales lors de l'accouchement et des tractions intempestives sur le cordon ombilical lors de la délivrance. Quatre stades de gravité croissante peuvent être distingués: le stade I correspond à une simple dépression en cupule du fond utérin, le stade II au fond utérin franchissant le col mais restant toujours intra-vaginal, le stade III au fond utérin extériorisé à la vulve et le stade IV à la paroi vaginale participant au retournement [1,2,4,6]. Dans le temps, trois formes peuvent être observées: la forme aiguë vue avant la formation de l'anneau cervical, la forme subaiguë et la forme chronique vue au delà du trentième jour du post-partum [1,2]. Le diagnostic repose avant tout sur la clinique. Les principaux signes d'appel sont l'hémorragie, la douleur sus-pubienne et l'état de choc. Ce dernier n'est pas toujours proportionnel à l'importance de l'hémorragie. Sa pathogénie est en effet double: hypovolémique mais aussi neurogénique par étirement des filets nerveux au sein des ligaments utérins [1,2,4,5]. La réapparition d'une envie de pousser est d'une grande valeur sémiologique [2]. Dans les inversions chroniques, la symptomatologie se traduit par des saignements [1,7], des leucorrhées et des signes urinaires [1]. Aux stades I et II, l'examen clinique met en évidence la dépression ou l'absence du fond utérin associée à une masse intra-vaginale séparée du col utérin par le cul de sac cervico-corporal. Aux stades III et IV, l'inspection périnéale seule suffit retrouvant une masse rougeâtre, molle, douloureuse et saignante avec ou sans le placenta [1,2]. Un fibrome ou un polype accouchés par le col peuvent donner des aspects similaires et constituent les

principaux diagnostics différentiels [1,5]. La prise en charge doit être rapide et comporter une mesure de réanimation et un geste de repositionnement de l'utérus. La réduction manuelle se fait par taxis et consiste à désinvaginer l'utérus en repoussant le fond utérin. En cas de présence d'un anneau cervical, une anesthésie générale ou l'utilisation de certaines médicaments telles que les β -mimétiques, la sulfate de magnésie [1] ou les dérivés nitrés peuvent être utile [1,2]. Une perfusion d'ocytocique est indispensable après toute réduction manuelle pour éviter la récurrence immédiate qui est de l'ordre de 42% [2]. La technique hydrostatique de O'Sullivan ou de Ogueh consiste à remplir le vagin par du sérum physiologique chaud à 50°C en assurant l'étanchéité du vagin [1,8]. En cas d'échec de ces techniques, un geste chirurgical s'impose. Par voie haute, la technique de Huntington consiste à placer des pinces d'Allis de proche en proche afin de désinvaginer l'utérus. Quant à la technique de Haultain, elle consiste à effectuer une colpohystérotomie postérieure pour faciliter la désinvagination selon la technique de Huntington [1,9]. Par voie basse, la technique de Spinelli est la plus utilisée. Il s'agit d'une colpohystérotomie médiane antérieure après décollement vésico-vaginal. L'utérus est ensuite retourné et réintroduit dans le pelvis à travers le cul de sac vésico-utérin [1]. Le choix dépend de l'habitude de l'opérateur sans qu'une technique soit plus efficace qu'une autre. L'indication de l'hystérectomie reste limitée aux hémorragies persistantes et aux gangrènes utérines [1,3,4].

Conclusion

L'inversion utérine puerpérale est une entité pathologique rare mais grave. Les réalités sanitaires rencontrées dans les pays en développement comme le notre favorisent sa survenue. Ainsi, le praticien accoucheur ou la sage femme pratiquant dans ces pays doivent y penser devant toute hémorragie de la délivrance; en effet le diagnostic est facile mais le véritable piège réside dans sa méconnaissance entraînant un retard diagnostique pouvant mettre en jeu le pronostic vital maternel.

Références

- 1- Goffinet F, Heitz D, Verspyck E, Philippe HJ. inversion utérine puerpérale. Encycl Méd Chir Elsevier, (Paris), Obstétrique, 5-107-A, 1999, 9p.
- 2- Lisik F, Plonka S, Fize C, Callec M, Pennehouat G. Une urgence obstétricale rarissime: inversion utérine puerpérale aiguë. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2004; 33: 546-60.
- 3- Bourgain A, Dubois C, Stervinou V, Somme A, Dalmas A. F, Devisme L, et al. Inversion utérine puerpérale: à propos d'un cas. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2002; 31: 305-15.
- 4- Bouchikhi C, Saadi H, Fakhir B, Chaara H, Bouguern H, Banani A, et al. Uterine inversion. A case report. Lybian J Med 2008; 3: AOP; 071218.
- 5- Jerbi M, Iraqui Y, Jacob D, True JB. Inversion utérine puerpérale aiguë: à propos de deux cas. Gynecol Obstet Fertil 2004; 32: 224-7.
- 6- Duri D, Cugini U, Olivuzzi M, Del Frate G. Acute post partum uterine inversion: report of two cases. Int J Obstet Anesth 2008; 17: 83-5.
- 7- Livingston SL, Booker C, Kramer P, Dodson WC. Chronic uterine inversion at 14weeks postpartum. Obstet Gynecol 2007; 109 : 555-7.
- 8- Tan KH, Luddin NSY. Hydrostatic reduction of acute uterine inversion. Int J Gynaecol Obstet 2005; 91: 63-4.
- 9- Oboro VO, Akinola SE, Apantaku BD. Surgical management of subacute puerperal uterine inversion. Int J Gynaecol Obstet 2006; 94: 126-7.