

## Inversion utérine puerpérale chronique : à propos d'un cas avec revue de littérature

Osman Ali<sup>1</sup>, Abdillahi Ibrahim<sup>1</sup>, and Dirir Allaleh Guedid<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hôpital Militaire d'Instruction de Mohamed V, Rabat, Morocco

<sup>2</sup>Directeur Technique de la Maternité de Darar-Hanan, Professeur en gynécologie-obstétrique, Djibouti, République de Djibouti

Copyright © 2015 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the **Creative Commons Attribution License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

**ABSTRACT:** The uterine inversion defines itself anatomically as the invagination of fundus uterus bottom "finger of glove" until be able to take out in the vulva. It is a dramatic accident of the placenta delivery and a rare eventuality in countries with low medical entity, this rarity - who can mislead the practitioner - ends in complications that lead maternal death. We present the case of a patient de 30 the years old who had a difficult delivery at home 3 months ago with death newborn in immediate post-partum. She was admitted for small vaginal bleeding associated Burning micturition with preservation of the general states. The gynecological examination had revealed a mass a 5 cm in diameter in the vagina. We made the diagnosis of a chronic puerperal uterine inversion of the third degree and a surgical intervention of vaginal vertical posterior colpohysterotomy by low way in the first one and the second was the colpohysterorraphy by laparotomy.

**KEYWORDS:** delivery, uterine inversion, vaginal colpohysterotomy, bleeding of the delivery.

**RESUME:** L'inversion utérine se définit anatomiquement comme l'invagination du fond utérin en «doigt de gant» jusqu'à pouvoir au maximum s'extérioriser à la vulve. C'est un accident dramatique de la délivrance et une éventualité rare même dans les pays à faible entité médicale, cette rareté -qui peut induire le praticien en erreur - aboutit à des complications redoutables voire le décès maternel. Nous présentons le cas d'une patiente de 30 ans qui a eu un accouchement difficile à domicile 3 mois avant son admission avec décès du nouveau-né au postpartum immédiat. Elle était admise pour des métrorragies minimales associées avec des signes urinaires à type de brûlure mictionnelle évoluant dans un contexte de conservation de l'état général. L'examen gynécologique avait objectivé une masse de 5 cm de diamètre environ dans le vagin. Nous avons posé le diagnostic d'une inversion utérine puerpérale chronique du troisième degré (masse friable mal limitée), et une intervention de colpohystérotomie postérieure verticale par voie basse en première et la deuxième était la colpohystérorraphie par laparotomie.

**MOTS-CLEFS:** Accouchement, Inversion utérine, colpohystérotomie par voie basse, Hémorragie de la délivrance.

### 1 INTRODUCTION

L'inversion utérine se définit anatomiquement comme l'invagination du fond utérin en «doigt de gant» jusqu'à pouvoir au maximum s'extérioriser à la vulve. C'est un accident grave et rare, son diagnostic est souvent méconnu aboutissant à un retard de prise en charge et, par conséquent, à une augmentation de la morbidité et la mortalité maternelle.

### 2 MATÉRIEL ET MÉTHODE

Nous présentons une patiente de 30 ans, G1P0, opérée à la maternité de Référence de DADRAR-HANAN à Djibouti pour inversion puerpérale chronique complète suite d'un accouchement difficile à domicile.

### 3 OBSERVATION

Il s'agissait de Mme Hawa 30 ans, G1P0, ayant eu un accouchement difficile à domicile à trois mois de son admission avec décès du nouveau-né au post-partum immédiat. Elle était admise pour des métrorragies minimales associées avec des signes urinaires à type de brûlure mictionnelle évoluant dans un contexte de conservation de l'état général. L'abdomen était souple et non douloureux à la palpation. L'examen au speculum permettait d'objectiver une masse de 5 cm de diamètre environ dans le vagin (Fig1). Au toucher vaginal, il y avait une masse de volume de 05 cm de diamètre environ, arrondie, friable, molle. Les examens biologiques avaient montré un taux d'hémoglobine à 8 g/dl. L'échographie pelvienne n'a pas pu identifier l'utérus dans la région pelvienne. Au total nous avons posé le diagnostic d'une inversion utérine puerpérale chronique du troisième degré (masse friable mal limitée), et une intervention de colpohystérotomie postérieure verticale par voie basse en première et la deuxième était la colpohystérorraphie par laparotomie. (Fig2) Les suites opératoires étaient simples et la femme était sortie au cinquième jour post opératoire avec un bon état général.



Fig1. utérus inversé dans le vagin.



Fig2. Colpohystérorraphie par laparotomie.

### 4 DISCUSSION

L'inversion utérine puerpérale est une complication rare, mais sérieuse, de la 3<sup>ème</sup> phase du travail. La fréquence rapportée dans la littérature est très variable, elle serait de 1/20.000 en Europe, de 1/2.000 aux États-Unis et de 1/6.891 [2-3]. Cette disparité pourrait être expliquée par la différence des critères des études, la différence de la pratique obstétricale et l'accouchement à domicile surtout dans les pays sous-développés

L'inversion est classée en fonction du moment de diagnostic; ainsi on distingue l'inversion aiguë survenant moins de 24h après la délivrance, sinon, elle est tardive. Cependant, les anglo-saxons parlent d'une inversion complète dépassant le col utérin (la plus fréquente) ou incomplète [4, 5]. Selon Van Vaugt à propos d'une étude portant sur 176 cas [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. [2-5-9].

Néanmoins, une étude qui a été menée par Bunke couvrant une période de 22 ans (54.000 accouchements), qui reposait sur une traction sur le cordon pour activer la délivrance dès le dégagement du bébé et un examen soigneux systématique de la filière génitale, a montré seulement deux cas d'inversions [10].

D'autres facteurs de risque ont été rapportés : un cordon court, un placenta accreta, un travail prolongé, l'arrêt brutal des oxytociques après l'accouchement, une faiblesse congénitale de la paroi utérine, un fibrome fundique [1, 3, 4, 7].

La symptomatologie clinique de l'inversion est dominée par l'hémorragie génitale dans plus de 80% des cas [5-12], un état de choc qu'il soit hypovolémique ou neurogène dans plus de 90% des cas [5] et une douleur violente et brutale qui est moins fréquente intéressant surtout les formes complètes. Au cours de la césarienne, l'inversion est rare, elle serait secondaire à une traction sur le col et l'introduction des oxytociques, le tableau clinique est fruste du fait du blocage du système nerveux autonome par l'anesthésie [11]. Le diagnostic est purement clinique, il est facile dans les formes complètes et aiguës (masse vulvaire et absence de convexité du fond utérin). Il reste difficile dans les formes tardives et incomplètes. Dans les cas

douteux, la révision utérine, l'imagerie (échographie pelvienne, IRM), la coelioscopie, voire une biopsie de la masse vaginale, permettent d'affirmer le diagnostic et d'éliminer une lésion néoplasique associée [13-16].

La prise en charge de l'inversion doit être multidisciplinaire (obstétricale et anesthésique), mais aussi précoce, ce qui permet d'améliorer considérablement le pronostic maternel. Le traitement curatif passe initialement par une correction de l'état de choc en même temps qu'une réduction manuelle visant la réintégration de l'utérus (2). L'anesthésie générale en première intention est recommandée par plusieurs auteurs avant toute tentative de réduction manuelle pour permettre un relâchement maximal utérin, certains la préconisent après échec ou contre-indication au b-mimétique, au sulfate de magnésium et aux dérivés nitrés qui sont aussi efficaces que l'anesthésie générale [17, 18].

Quant à la réduction manuelle, qu'elle soit par un taxis simple ou par la manœuvre de Johnson, la main sera gardée en place un certain moment associée aux utérotoniques pour lutter contre une réinversion immédiate et suivie par une révision utérine et examen sous valves [20]. 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 [21].

Après la réintégration de l'utérus, une antibiothérapie prophylactique est nécessaire ainsi qu'une rétraction utérine efficace, celle-ci est assurée par l'ocytocine synthétique de préférence en perfusion; en cas d'échec, on aura recours aux dérivés de l'ergot de seigle par voie intramusculaire ou intramyométriale et enfin, les prostaglandines tout en respectant les contre-indications de cette thérapeutique (cardiopathie, hypertension artérielle, pré éclampsie, infarctus de myocarde) [19].

Le traitement chirurgical sera réservé en cas d'échec de la réduction et des formes tardives secondaires à l'étranglement du col, et sera effectué sous anesthésie générale. Plusieurs procédés sont décrits depuis longtemps, certains sont réalisés par voie basse (intervention de Spenilli) et les autres par voie haute (méthode de Huntington, méthode de Haultin) [22]. L'hystérectomie d'hémostase sera l'ultime recours en cas d'inversion avec utérus infecté, infarcis, gangréneux et en cas d'échec de repositionnement [23]. Le pronostic maternel dépend de la précocité du traitement et de la prise en charge qui doit être multidisciplinaire. Dans l'immédiat, il est dominé par la mortalité maternelle dont la fréquence est variable selon les publications. A long terme, il est en rapport avec des accidents post-transfusionnels, le risque de récurrence qui est inconstante lors de grossesses ultérieures, surtout s'il y a réduction manuelle et, enfin, la stérilité secondaire chirurgicale qui est difficilement acceptable [5-24].

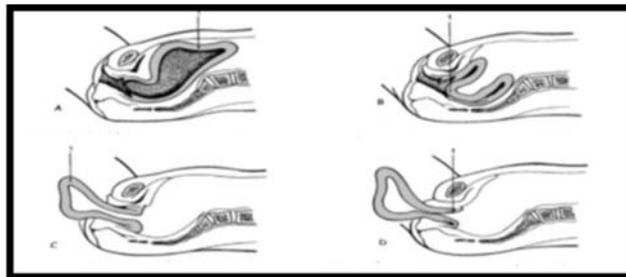


Figure 3. Classification anatomique selon Goffinet (25).

- A : Inversion utérine du premier degré; (1) dépression en cupule du fond utérin.  
 B : Inversion utérine du deuxième degré; (1) Franchissement du col par le fond utérin.  
 C : Inversion utérine du troisième degré. (1) Extériorisation hors du vagin du fond utérin.  
 D : Inversion utérine du quatrième degré; (1) Participation de la paroi vaginale au retournement.

## 5 CONCLUSION

L'inversion utérine est un accident rare, qui survient souvent lors de la troisième phase de travail, 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. Le traitement préventif reposant sur le respect de la physiologie de la délivrance et l'examen soigneux de l'utérus, du col et du vagin permettent de diminuer la prévalence de cette affection et surtout ne pas méconnaître les formes incomplètes et qui sont d'expression tardive.

REFERENCES

- [1] Dali SM, Rajbhandari S, Shrestha S.— Puerperal inversion of the uterus in Nepal : case reports and review of literature. *J Obstet Gynaecol Res*,1997, **23**, 319-325.
- [2] Wendel PJ, Cox SM.— Emergent obstetric management of uterine inversion. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 1995, **22**, 261-274.
- [3] Gerber S.— Uterine inversion. *Rev Med Suisse Romande*, 1996, **116**, 277-283.
- [4] Shah-Hosseini R, Evrard JR. Puerperal uterine inversion. *Obstet Gynecol*, 1989, **73**, 567-570.
- [5] Das P.— Inversion of the uterus. *Br J Obstet Gynaecol*, 1940, **47**, 525-547.
- [6] Hostetler DR, Bosworth MF.— Uterine inversion : a life-threatening obstetric emergency. *J Am Board Fam Pract*, 2000, **13**, 120-123.
- [7] Lago J.— Presentation of acute uterine inversion in the emergency department. *Am J Emerg Med*, 1991, **9**, 239-242.
- [8] Abdul MA.— Acute complete puerperal inversion of the uterus following twin birth : case report. *East Afr Med J*, 1999, **76**, 656-657.
- [9] Van Vugt P, Baudouin P, Blow V, Van Deursenic Th.— Inversio uteri puerperalis *Acta Obstet gynecol scand*, 1981, **60**, 353-362.
- [10] Bunke J, Hofmeister F.— Uterine inversion : obstetrical entity or addity. *Am J Obstet Gynecol*, 1965, **91**, 934-940.
- [11] Emmott RS, Bennett A.— Acute inversion of the uterus at caesarean. *Section anaesthesia*, 1988, **43**, 118-120.
- [12] Watson P, Besch X.— Management of acute and subacute puerperal inversion of the uterus. *Obstet Gynecol*, 1980, **55**, 12-16.
- [13] Gross DC, Mc Guhan PJ.— Sonographie detection of partial uterine inversion. *Am J Roentg*, 1985, **144**, 761-762.
- [14] Bourgani A, Dubois C.— Inversion utérine puerpérale : a propos d'un cas. *J Gynécol Obst Biol Reprod*, 2002, **3**, 305-315.
- [15] Silver D, Heyl P, Linfert J.— Delayed uterine re-inversion : aunique symptom complex. *Am J Obstet Gynecology*, 2004, **191**, 378-379.
- [16] Neves J, Cardoso C.— Inversao uterina. *Acta Med Port*, 2006, **19**, 181-184.
- [17] AbouleishE, All V, Joumaa B.— Anaesthetic management of acute puerperal uterine inversion. *Brit J Anaesthesia*, 1995, **75**, 486-48718. Moriam JP, Harnet, Farcsi F, et al.— Presence of placental tissue is necessary for TNG to provide uterine relaxation. *J Anesth Anal*, 2000, **91**,1043-1044.
- [18] Moriam JP, Harnet, Farcsi F, et al.— Presence of placental tissue is necessary for TNG to provide uterine relaxation. *J Anesth Anal*, 2000, **91**, 1043-1044.
- [19] You WB, Zahn CM.— Post partum hemorrhage : abnormally adherent placenta, uterine inversion and puerperal hematomas. *Clinl Obstet Gynecol*, 2006, **40**, 184-197.
- [20] Johson AB.— A new concept in the replacement of the inverted uterus and report of nine cases. *Am J Obstet Gynecol*, 1949, **57**, 557-562.
- [21] Tan KH, Luddin N.— Hydrostatic reduction of acute uterine inversion. *Inter J Gynecol Obstet*, 2005, **91**, 63-64.
- [22] Achanna S, Mohamed Z, Krishman M.— Puerperal uterine inversion : a report of four cases. *J Obst Gynaecol Res*, 2006, **32**, 341-345.
- [23] Olivuzzi M, Del Frate G.— Acute post partum uterine inversion : report of two cases. *Intern J Obstet Anesthesia*, 2008, **17**, 83-85.
- [24] Miller NF.— Pregnancy following inversion of the uterus. *Am J Obstet Gynecol*, 1927, **13**, 307-322
- [25] Goffinet F, Heitz D, Verspyck E, et al.— Inversion utérine puerpérale. *Encycl Méd Chir, Obstétrique*, 1999, **107**, 9.
- [26] 26 L N A RAINIBARIJAONA , T J RAJAONARISON , V B ANDRIANTOKY , H R ANDRIANAMPANALINARIVO-Inversion utérine à propos de deux cas -Rev. anesth-réanim med urgence 2014 ; 6(1): 22-24.