

INVERSION UTÉRINE PUERPÉRALE

M.A SLAOUI (1), C. BOUCHIKHI (2), A. BANANI (2)

RÉSUMÉ : 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. A travers une étude rétrospective concernant six observations colligées au sein de CHU Hassan II de Fès s'étalant sur huit ans et une revue de littérature, nous essayons de mettre au point les aspects épidémiologique, étiologique, thérapeutiques et pronostique de cette entité assez particulière.

MOTS-CLÉS : *Accouchement - Inversion utérine - Etat gravido-puerpéral - Hémorragie de la délivrance*

PUERPERAL UTERINE INVERSION

SUMMARY : The uterine inversion defines itself anatomically as the invagination of the uterine bottom «finger of glove» until be able to at most express itself in the vulva. It is a dramatic accident of the delivery and a sporadic occurrence in countries with low medical entity, this rarity which can mislead the practitioner, the delay of the diagnosis ends in redoubtable complications even the maternal death. Through a retrospective study concerning six case reports brought together within CHU HASSAN II of Fez spreading out over eight years and review of literature, we try to describe different aspects epidemiological, etiologic, therapeutic and prognosis of this rather particular entity.

KEYWORDS : *Delivery uterine inversion-pregnancy - Haemorrhage of the delivery*

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.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Nous rapportons une étude rétrospective concernant six patientes colligées au Service de Gynécologie-Obstétrique du CHU Hassan II de Fès, s'étalant sur une période de huit ans.

Les critères d'inclusion pris en compte : l'âge de la patiente, la parité, les signes cliniques d'appel, les facteurs favorisants, la conduite thérapeutique et l'évolution ultérieure .

RÉSULTATS

L'âge moyen de nos patientes est de 27 ans (25-38), elles sont souvent primipares et sans antécédents gynécologique et obstétrical particuliers (Tableau I).

L'hémorragie et la douleur pelvienne ont dominé la symptomatologie clinique dans les formes de découverte précoce (4 cas), cepen-

dant, dans les formes tardives, les patientes ont rapporté la sensation d'une masse vulvaire.

La prise en charge thérapeutique était multidisciplinaire (réanimateur, obstétricien), elle a consisté en une réduction par taxis central sous couverture ocytotique et antibiotique chez quatre de nos patientes et une hystérectomie d'hémo-stase fut pratiquée chez deux malades. Cependant, on n'a pas réalisé de traitement conservateur chirurgical.

Toutes nos patientes ont été transfusées dans l'immédiat avec une bonne évolution clinique à court terme.

DISCUSSION

L'inversion utérine puerpérale est une complication rare, mais sérieuse, de la 3^{ème} 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 dans notre série (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).

Dans notre série, toutes les inversions étaient complètes et aiguës chez quatre de nos parturientes. La tranche d'âge moyenne de nos patientes

(1) Résident, (2) Professeur agrégé, Service de Gynécologie Obstétrique, CHU Hassan II, Fès, Maroc.

TABLEAU I. RÉSULTATS RÉCAPITULATIFS DE NOTRE ÉTUDE

Age	Parité	Facteurs favorisants	Clinique	Traitement	Evolution
Patiente 1 26 ans	primipare	Travail rapide	Hémorragie Douleur / état de choc	Taxis central sous couverture ocytocique; Antibiotique Transfusion sanguine	favorable
Patiente 2 24 ans	primipare	Arrêt brutal des ocytociques	Hémorragie Douleur / état de choc	Taxis central sous couverture ocytocique; Antibiotique Transfusion sanguine	favorable
Patiente 3 27 ans	primipare	forceps	Hémorragie Douleur / état de choc	Taxis central sous couverture ocytocique; Antibiotique Transfusion sanguine	favorable
Patiente 4 38 ans	G4P4	Traction sur le cordon	Hémorragie Douleur / état de choc	Taxis central sous couverture ocytocique; Antibiotique Transfusion sanguine	favorable
Patiente 5 24 ans	G6P 3	Traction sur le cordon	Masse vulvaire	hystérectomie	favorable
Patiente 6 25 ans	G3P3	Expression abdominale	Masse vulvaire	hystérectomie	favorable

se situe entre 24-28 ans, entre 20-24 selon Van Vaugt à propos d'une étude portant sur 176 cas (9). 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.

Ceci est confirmé par la majeure partie des publications couvrant une grande période y compris notre série (2-5-9).

Néanmoins, une étude qui été menée par Bunke couvrant une période de 22 ans (54.000 accouchements), qui reposait à 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 ocytociques 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 80% des cas (5-12), un état de choc qu'il soit hypovolémique ou neurogène dans plus 90% des cas (5)

et une douleur violente et brutale qui est moins fréquente intéressant surtout les formes complètes. C'était le cas de nos patientes et aucun cas de décès n'a été rapporté.

Au cours de la césarienne, l'inversion est rare, elle serait secondaire à une traction sur le col et l'introduction des ocytociques, 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).

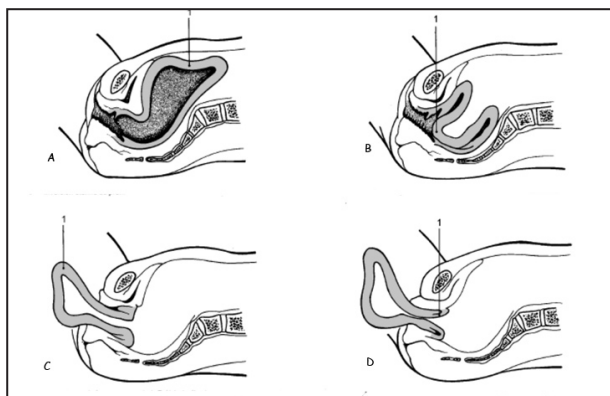


Figure 1. Classification anatomique selon Goffinet (25).

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.

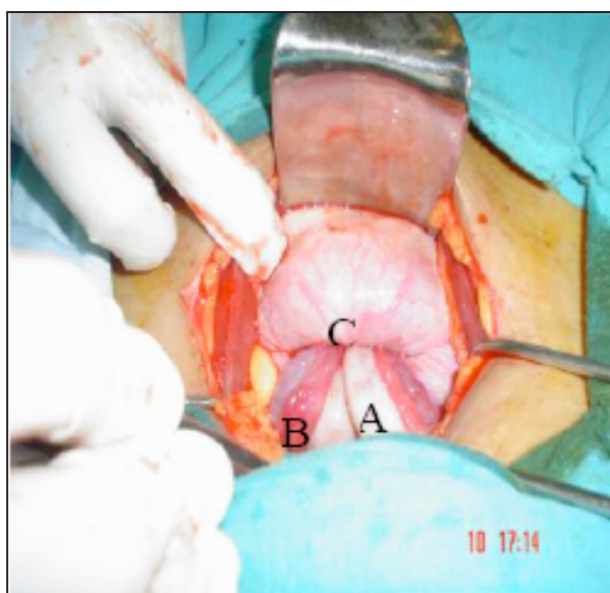


Figure 2. Aspect en per-opératoire de l'inversion utérine.

A : ovaires, B : trompe, C : fond utérin invaginé en doigt de gant.

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 β -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, prééclampsie, 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) (Fig. 2).

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, elle est nulle dans notre série. 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).

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.

BIBLIOGRAPHIE

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 Gynecol Obst Biol Reprod*, 2002, **3**, 305-315.
15. Silver D, Heyl P, Linfert J.— Delayed uterine re-inversion : a unique 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**, 486-487.
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.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Dr. A. Slaoui Mohammed, Résidence Iklass, app2 , route ain semen. VN. Fès -Maroc.
E-mail : slaoui_amine@yahoo.fr