

**CAS CLINIQUE : PARTICULARITÉS DE L'ACCOUCHEMENT PAR VOIE BASSE SUR
PROLAPSUS UTÉRIN À PARTIR D'UNE OBSERVATION ET REVUE
DE LA LITTÉRATURE.**

*REPORT CASE: DELIVERY'S PARTICULARITIES OF UTERINE PROLAPSE AND LITERATURE
REVIEW.*

KOFFI A, FANNY M, KONAN BLÉ R, HORO A, OLOU N, KONÉ M.

Service de Gynécologie-Obstétrique, CHU Yopougon -Abidjan.

Correspondance : Dr KOFFI Abdoul, Assistant chef de clinique,
Email : kkoffiabdoul@yahoo.fr

RÉSUMÉ

Le prolapsus génital est une pathologie fréquente. Cependant sa survenue au cours de la grossesse est une situation exceptionnelle. L'imprégnation hormonale et l'hyperlaxité ligamentaire en sont des facteurs majeurs d'aggravation d'un prolapsus préexistant. Nous rapportons un cas observé dans notre pratique obstétricale quotidienne.

Mots-clés : accouchement, prolapsus utérin.

ABSTRACT

Uterine prolapse is a rare pathology. However, it's occurrence during pregnancy is an exceptional situation. The hormonal imbuing and ligamentaryhyperlaxity are the major factors complicating a pre-existant prolapse. We report a case of our daily obstetrical exercise.

Key words: *Delivery, uterine prolapse.*

INTRODUCTION

Un prolapsus est représenté par toute saillie, permanente ou à l'effort, dans la lumière vaginale, de tout ou une partie des parois vaginales. Le prolapsus pelvi-génital est une entité anatomoclinique correspondant à la défaillance des systèmes de soutènement et de suspension des organes pelviens de la femme, qui font issue à travers l'orifice vulvovaginal¹.

Le prolapsus génital est une pathologie rare. En cinq ans, 31 cas ont été recensés dans le service de gynécologie du chu de Yopougon² à Abidjan. Il s'agit de cas survenus chez des patientes âgées ménopausées pour la plupart.

Cependant le prolapsus utérin peut se développer initialement pendant la grossesse ou la grossesse peut survenir sur un prolapsus préexistant. Sa survenue au cours de la grossesse est également rare. Aux USA, l'incidence est de 1cas/10000-15000 accouchements³.

Aucun cas sur grossesse jusque là dans notre pratique quotidienne n'a été retrouvé d'où l'intérêt de rapporter et partager notre expérience.

OBSERVATION

Madame O.B, 23 ans, G4P1 (2 IVG, 1 césarienne pour disproportion foeto-pelvienne après travail dystocique suivi d'une mort néonatale précoce) a été reçue en consultation prénatale pour masse intra vaginale sur grossesse d'environ 20 SA.

Le diagnostic d'une hystérocèle 2^{ème} degré sur une grossesse évolutive a été posé. Un pessaire cervical a été mis en place, le repos et l'arrêt des activités conseillés.

Devant la survenue spontanée d'un travail prématuré à 36 semaines, elle a consulté dans une maternité de périphérie d'où ont elle est évacuée aux urgences obstétricales due CHU de Yopougon (Abidjan).

L'examen à l'admission a mis en évidence une phase active du travail d'un accouchement prématuré (dilatation du col à 7cm) d'un fœtus en présentation du sommet sur prolapsus du col utérin 3^{ème} degré qui s'accroissait au moment des contractions utérines. La présentation s'est engagée à dilatation complète.

Une trachélotomie latérale gauche sous anesthésie a été réalisée pour aider au dégagement d'un enfant de 2330 grammes avec un score d'Apgar de 7-8 en 5 min.

Une trachélorraphie a été réalisée. Le col utérin a été refoulé et maintenu dans de le vagin par le biais d'un gros tampon de compresse. Une couverture antibiotique a été réalisée.

La sortie a été autorisée à J3 du post-partum avec un prolapsus 2^{ème} degré. Une cure de prolapsus est programmée.



Photo 1 : Phase expulsive du travail

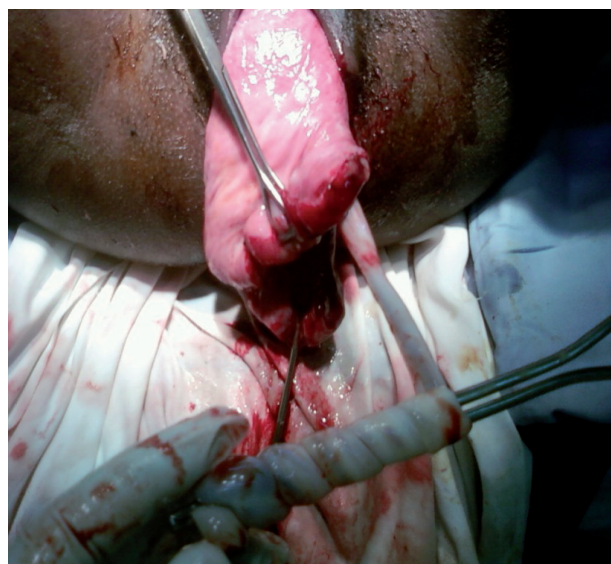


Photo 2 : Délivrance par traction contrôlée du cordon, latéralement la trachélotomie



Photo 3 : Trachelorrhaphie faite, prolapsus cervicale 3eme degré

DISCUSSION

Le prolapsus génital est une pathologie rare. Les cas recensés dans le service de gynécologie du chu de Yopougon² à Abidjan sur une période de cinq cas ont été observés chez des patientes âgées, ménopausées pour la plupart avec un âge moyen de 50 ans². La multiparité en était le facteur de risque majeur¹.

Chez la multipare ou /et la femme ménopausée, à la faiblesse des organes de soutien, de suspension et d'orientation, la baisse de l'imprégnation œstrogènes en est un autre facteur associé¹.

Sa survenue chez la nullipare ou chez la femme jeune fait intervenir d'autres facteurs. Certains auteurs ont incriminé une mobilité articulaire exagérée qui peut s'associer à une anomalie du tissu conjonctif (anomalie du collagène, diminution de l'activité fibroblastique^{1,4}. Selon Boufettal⁴ une hormone appelée la relaxine sécrétée pendant la grossesse interviendrait dans la survenue des anomalies du tissu conjonctif entraînant une hyperlaxité ligamentaire. Ainsi un traumatisme obstétrical même mineur est-il susceptible d'aggraver l'anomalie de la statique ; ce qui pourrait expliquer la survenue du prolapsus génital chez la femme jeune.

S'agissant de notre patiente, le facteur capital serait le premier accouchement ou le travail fut long et dystocique qui cependant s'est terminé par une césarienne.

Dans la littérature l'âge gestationnel moyen d'apparition des signes fonctionnels (le gêne, la pesanteur, la masse intra-vaginale) qui motivent la consultation est de 20-24 SA avec des extrêmes à 15 SA⁵ et de 32 SA³⁻⁶.

Dans notre cas clinique la consultation s'est faite à 17 SA, le traitement proposé fut la mise en place d'un pessaire associé au repos au lit comme le recommande nombreux auteurs tels Newcomer aux Etats-unis⁷, Boufettal au Maroc⁴. D'autres préconisent l'hospitalisation associée parfois à un traitement tocolytique³.

Le pessaire a permis le maintien de la grossesse jusqu'à 36 SA. Le terme de la grossesse se superpose à ceux de la littérature ou dans tous les cas³⁻⁷ la vitalité fœtale à 34 SA fut acquise avec un terme extrême de 38 SA^{3,5}. L'on observe parfois des déclenchements du travail à terme en dehors d'une induction spontanée du travail.

La durée du travail est variable et est fonction des patientes. La durée moyenne est de 4 heures. La voie basse a été autorisée dans les cas cliniques observés³⁻⁴. Cependant, une césarienne a été effectuée en raison d'une pathologie associée (utérus myomateux)⁹. Nous avons conduit une épreuve utérine et l'évolution fut favorable.

Par ailleurs, la trachelotomie que nous avons réalisée pour aider à l'expulsion fœtale³ a été rapportée par de nombreux auteurs dont Haywood aux USA.

Les nouveau-nés issus de ce type d'accouchement n'ont pas de particularité par rapport aux autres enfants nés d'utérus sains, si l'on se réfère aux scores d'apgar malgré la prématurité souvent retrouvée⁹.

La prise en charge post partum a nécessité parfois une cure de prolapsus différé.

CONCLUSION

Le prolapsus utérin compliquant la grossesse est exceptionnel. La prise en charge nécessite la pose de pessaire et le repos au lit est conseillé durant la grossesse. En dehors de toute pathologie associée, l'accouchement par voie basse est conseillé.

RÉFÉRENCES

- 1- Cosson M, Narducci F, Lambaudie E, Occeili B, Querleu D, Crépin G. Prolapsus génitaux. *Encycl Méd Chir, Gynécologie*, 290-A-10, 2002, 13 p.
- 2-Fanny M, Horo AG, Touré-Ecra AF, Manket-Kouassi E, Koné M. Traitement chirurgical des prolapsus génitaux, expérience de la Clinique de gynécologie et obstétricale du CHU de Yopougon, à propos de 30 cas, *Médecine d'Afrique Noire*, 2010, vol.57, N°2, 91-97.
- 3-Haywood L. Brown MD, Cervical prolapse complicating Pregnancy *J Natl Med Assoc.* 1997; 89: 346-348.

- 4- Boufettal H, Noun N, Hemas S, Samoun N, Prolapsus gestationnel: un cas exceptionnel, *J.Gyn.Obst et Biol de la Rep*(2009)38, 531-532
- 5- Lorenzo Guariglia, Brigida Carducci, Angela Botta, Sergio Ferrazzani, Alessandro Caruso, Uterine Prolapse in Pregnancy, *Gynecol Obstet Invest* 2005;60:192-194.
- 6-Eddib A, Allaf MB, Lele A. Pregnancy in a woman with uterine procidentia: a case report. *J Reprod Med.* 2010 Jan-Feb; 55(1-2):67-70.
- 7- [Newcomer J](#). Pessaries for the treatment of incompetent cervix and premature delivery. [Obstet Gynecol Surv.](#) 2000 Jul;55(7):443-8.
- 8- [Daskalakis G](#), [Lymberopoulos E](#), [Eleftherios A](#), [K Kalmantis](#), [A Athanasaki](#), [A Manoli](#), [A Antsaklis](#), Uterine prolapse complicating pregnancy [Archives of Gynecology and Obstetrics](#), Vol 276, N° 4, 391-392.
- 9- [Partsinevelos GA](#), [Mesogitis S](#), [Papantoniou N](#), [Antsaklis A](#). Uterine prolapse in pregnancy: a rare condition an obstetrician should be familiar with. *Fetal Diagn Ther*,2008;24(3):296-8.