



Cas Clinique

Prise en Charge d'une Inversion Utérine Due à un Adénocarcinome de l'Endomètre : À Propos d'un Cas

Management of Uterine Inversion Due to Endometrial Adenocarcinoma: A Case Report

Sansan Rodrigue Sib¹, Hyacinthe Zamané², Evelyne Komboïgo³, Issa Ouédraogo¹, D Alexandre Tarnagada⁴, Moussa Sanogo⁴, Y Alexis Sawadogo², Sibraogo Kiemtore², Ali Ouédraogo²

Affiliations

- Unité de formation et de recherche en sciences de la santé, Université de Ouahigouya
- Unité de formation et de recherche en sciences de la santé, Université Joseph Ki-Zerbo,
- Institut supérieur des sciences de la santé, université Nazi Boni, Bobo Dioulasso
- Service de gynécologie obstétrique du Centre hospitalier universitaire régional de Ouahigouya.

Auteur correspondant

Sansan Rodrigue, Gynécologue obstétricien

Email: sansansib46@gmail.com

Mots clés : Inversion utérine, ménopause, adénocarcinome, endomètre

Key words: Uterine inversion, menopause, adenocarcinoma, endometrium,

RÉSUMÉ

Introduction. L'inversion utérine se produit lorsque le sommet de l'utérus s'affaisse vers l'intérieur et descend dans la cavité utérine, voire ressort à travers le col de l'utérus et dans le vagin. **Observation.** Nous rapportons un cas lié à un adénocarcinome de l'endomètre chez une patiente de 65 ans, admise pour des métrorragies. A l'admission, la présence d'une masse intravaginale a fait suspecter un cancer du col. Plus tard l'extériorisation de la masse a permis d'identifier une tumeur endométriale compliquée d'inversion utérine. Une hystérectomie et une annexectomie bilatérale ont été réalisées avec un abord vaginal et abdominal. Les suites ont été simples et l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire a révélé un adénocarcinome de l'endomètre. **Conclusion.** Une sensibilisation des populations pour qu'elles consultent à temps devant les signes d'appel de tumeurs endo-utérines serait utile.

ABSTRACT

Introduction. Uterine inversion occurs when the top of the uterus collapses inward and descends into the uterine cavity or even protrudes through the cervix and into the vagina. **Observation.** We report a case related to endometrial adenocarcinoma in a 65-year-old patient admitted for metrorrhagia. Upon admission, the presence of an intravaginal mass raised suspicion of cervical cancer. Later, the externalization of the mass allowed identification of an endometrial tumor complicated by uterine inversion. A hysterectomy with bilateral annexectomy was performed through vaginal and abdominal approaches. The postoperative course was uneventful and pathological examination of the specimen revealed endometrial adenocarcinoma. **Conclusion.** Raising awareness among the population to seek timely medical attention when presenting with signs of endo-uterine tumors would be beneficial.

INTRODUCTION

L'inversion utérine se définit comme étant le retournement de l'utérus en doigt de gant. Le fond utérin s'invagine alors dans la cavité utérine et peut franchir le col et même la vulve et s'extérioriser. Elle est grave, car pouvant mettre en jeu le pronostic vital du fait du choc hypovolémique qu'elle entraîne (1). C'est une pathologie rare, plus fréquente en obstétrique qu'en gynécologie. On estime que l'inversion utérine non puerpérale représente environ 17 % de l'ensemble des cas d'inversion utérine (2,3). Selon la localisation du fond utérin, plusieurs degrés ont été décrits : 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 (1). L'inversion utérine non puerpérale ou gynécologique est généralement associée à un processus tumoral qui est plus souvent bénin que malin (4,5).

L'objectif de notre travail est de rapporter un cas d'une inversion utérine non puerpérale associé à un adénocarcinome de l'endomètre.

OBSERVATION

Il s'agissait d'une patiente de 65 ans, ménopausée depuis 15 ans, 12 gestes, 12 accouchements par voie basse sans incident notable. Elle avait des antécédents de métrorragies intermittentes peu abondantes depuis une année et demie. Elle a été admise aux urgences pour des métrorragies abondantes avec une suspicion de néoplasie du col. Dans l'histoire, la patiente a rapporté la survenue la veille de son admission, d'un saignement vaginal

abondant d'installation brutale. Ceci a motivé une consultation dans un centre de santé, où elle a bénéficié d'une perfusion de 500 ml de ringer lactate et de l'administration de 500 mg d'étamsylate avant d'être évacuée au service de gynécologie obstétrique du centre hospitalier universitaire régional de Ouahigouya. A l'admission, le saignement était minime et la patiente était consciente. On notait une pâleur cutanéomuqueuse et un état de choc hypovolémique. L'examen au spéculum objectivait une masse intravaginale d'environ 8 cm de grand axe, qui semblait développée au dépend du col utérin. Cette masse était malodorante, friable, avec des zones ulcéro-nécrotiques. Elle saignait au contact du spéculum, ce qui a dissuadé les examinateurs de réaliser un toucher vaginal combiné au palper abdominal. Les résultats de cet examen ont fait suspecter une tumeur maligne du col. Le bilan biologique initial retrouvait une hyperleucocytose à 23600 /mm³ et une anémie modérée à 9,5 g/dl. Une biopsie de la masse était prévue après la stabilisation de la patiente. La prise en charge immédiate a consisté en la perfusion d'une poche de 500 cc de macroméculé et l'administration d'acide tranexamique. Une antibiothérapie intraveineuse avec de l'amoxicilline plus acide clavulanique à raison de 2g par 24 heures a été instaurée. Ce traitement a permis une stabilisation de l'état hémodynamique de la patiente. Cependant, quelques heures après son hospitalisation, la patiente a présenté de nouveau un saignement vaginal abondant avec extériorisation d'une masse en dehors de la vulve. Cette masse était plus volumineuse que celle visualisée lors de l'examen au spéculum, à l'admission de la patiente. Elle présentait deux parties : une partie proximale régulière, rose d'environ 8 cm de grand axe et une partie distale ulcéro-nécrotique saignant au contact, d'environ 10 cm de grand axe (**figure 1**).



Fig 1. Aspect de l'inversion utérine après extériorisation complète

A l'échographie pelvienne, l'utérus n'a pas été identifié dans le pelvis. Le diagnostic de tumeur de l'endomètre compliquée d'inversion utérine de 3^{ème} degré a alors été retenu et une hystérectomie indiquée. Après une mise en condition de la patiente, l'intervention chirurgicale a eu lieu sous rachianesthésie. L'exploration en per opératoire, a permis de confirmer le diagnostic. L'intervention s'est faite en deux temps. Un abord par voie vaginale a permis de faire l'exérèse de la masse et

de réduire l'inversion utérine et dans un deuxième temps, par voie abdominale, une hystérectomie plus une annexectomie bilatérale ont été réalisées. Il n'y avait pas de signe macroscopique d'une extension tumorale dans la cavité abdominale. La patiente a bénéficié de la transfusion d'une poche de concentré de globules rouges en postopératoire. Les suites opératoires ont été simples autorisant la sortie au 5^{ème} jour de l'intervention.

L'examen anatomopathologique a indiqué plus tard que la tumeur utérine était un adénocarcinome de l'endomètre. Au cours du suivi à un an, la patiente était bien portante sans signe de localisation secondaire de la tumeur maligne.

DISCUSSION

L'inversion utérine non puerpérale est une affection rare. Peu de cas sont rapportés dans la littérature (3). Rosa Silva et al (6) dénombrait en 2018, 170 cas publiés entre 1940 et 2017. Au Burkina Faso, nous n'avons pas trouvé de publication sur cette pathologie. Celle-ci apparaît à un âge moyen de 46,5 ± 17,4 ans selon la revue systématique de Rosa Silva et al (6), alors que notre patiente avait un âge légèrement plus élevé. L'inversion utérine non puerpérale peut être idiopathique ou associée à des facteurs tels que les tumeurs utérines bénignes dans 70 à 80 % des cas (leiomyome, polypes endométriaux), ou malignes dans le reste des cas (leiomyosarcome, sarcome müllerien mixte, rhabdomyosarcome, carcinome de l'endomètre et du col de l'utérus) (2,7). Le carcinome de l'endomètre qui est associé au cas que nous décrivons, était présent dans 4,7% des 170 cas colligés dans une revue systématique de Rosa Silva et al (6). Elle est donc une cause peu fréquente d'inversion utérine. Le mécanisme de l'inversion utérine n'a pas été clairement identifié. Il serait multifactoriel. Le facteur le plus commun semble être une grande masse sous muqueuse développée au niveau du fond utérin. Nous avons aussi observé dans notre cas que la masse était implantée dans le fond utérin. En plus de la masse du fond utérin, les autres facteurs décrits sont la finesse de la paroi utérine, la croissance rapide de la tumeur, un petit pédicule tumoral et la distension de la cavité utérine entraînant une dilatation cervicale (2,5). L'inversion utérine n'est pas de diagnostic clinique aisé. Dans la littérature elle a été souvent confondue avec un fibrome accouché par le col, un prolapsus uro-génital ou un cancer du col (1,7,8). Avant l'extériorisation totale de l'utérus inversé, le diagnostic d'inversion utérine n'avait pas été évoqué chez notre patiente. A posteriori on peut affirmer que le processus d'inversion avait déjà débuté à l'admission, et que la patiente présentait, une inversion utérine de 2^{ème} degré, puisque la tumeur avait franchi l'orifice externe du col, simulant une tumeur du col. Le tableau clinique chez notre patiente était constitué de saignements vaginaux intermittents sur plusieurs mois qui se sont secondairement accentués, entraînant un état de choc et une anémie. Ces symptômes ont aussi décrit dans la littérature (4-6), en plus des pertes vaginales anormales non sanglantes, et des signes d'inconfort pelvien et même la rétention aiguë d'urine. Pour le cas de notre patiente ménopausée, les signes fonctionnels retrouvés pourraient aussi être mis au compte de l'adénocarcinome

de l'endomètre qui a été diagnostiquée sur la pièce opératoire. Cliniquement, la non perception de l'utérus dans la région hypogastrique au toucher vaginal combiné au palper abdominal est un signe clinique important pour le diagnostic d'inversion (5). De même, l'échographie, comme dans notre cas, peut être d'un grand apport pour le diagnostic en confirmant l'absence du corps utérin dans le pelvis, lorsque l'utérus s'est totalement inversé (3^{ème} et 4^{ème} degrés) et en montrant une masse au niveau cervico-vaginal. Cependant cet examen échographique peut être peu contributif au diagnostic, en montrant une morphologie utérine difficile à définir, lorsque l'inversion n'est pas complète (1^{er} et 2^{ème} degrés) (2,7). Deux signes échographiques permettent d'évoquer le diagnostic d'inversion utérine : l'indentation de la zone fundique et le sillon longitudinal déprimé qui s'étend du fond de l'utérus au centre de la partie inversée (2,9).

La tomodensitométrie n'a pas été réalisée du fait de son coût élevé pour notre patiente, alors que l'imagerie par résonance magnétique (IRM) n'était pas disponible dans notre structure de santé. La tomodensitométrie avec injection de produit de contraste peut être utilisée, lorsque l'IRM n'est pas disponible (2). Cette dernière est l'examen complémentaire de référence pour le diagnostic de l'inversion utérine (2,5,6). Elle montre une cavité utérine en forme de « U » sur les coupes sagittales et coronales et un fond utérin inversé (signe de la cible) et un aspect en œil de bœuf sur les coupes axiales (2,10). Pour Moulding et Hawnaur (11) la clé du diagnostic de l'inversion utérine à l'IRM est l'identification des ligaments ronds et des trompes de Fallope bombant au centre du sommet de l'utérus. Notre prise en charge a consisté en une hystérectomie totale qui a débuté par voie vaginale complétée ensuite par voie abdominale. Ce double abord vaginal et abdominal a été également décrit par Makoyo Komba (12). Il permet de repositionner plus facilement l'utérus après l'exérèse de la tumeur, en vue de l'hystérectomie. Le choix de l'hystérectomie a été effectué par la plupart (86,8%) des équipes ayant pris charge les cas d'inversion utérine complète dans le monde (6). Mais un traitement conservateur est possible, pour des patientes jeunes ayant un désir de maternité, et dont l'inversion utérine n'est pas associée à une pathologie maligne (7,13,14). Les suites opératoires immédiates chez notre patiente ont été simples et l'évolution à un an était favorable. Cependant le recours tardif de notre patiente à une structure de santé aurait pu aggraver le pronostic du fait du choc hypovolémique et du risque d'extension du cancer de l'endomètre. C'est ainsi que Rosa Silva et al (6), dans leur revue systématique, ont noté 2 décès liés à des cancers avancés, 6 semaines et 3 mois après la prise en charge chirurgicale.

CONCLUSION

L'inversion utérine non puerpérale est une pathologie rare et de diagnostic clinique difficile, survenant souvent comme une complication d'une tumeur du fond utérin. Le diagnostic et la prise en charge précoces des tumeurs endo-utérines, surtout celles développées au dépend du fond utérin, apparaissent alors comme un moyen efficace de prévenir l'inversion utérine dont l'hystérectomie

totale reste un traitement de choix. Il serait alors utile de sensibiliser les populations sur la nécessité de consulter à temps en cas de signes d'appel de tumeurs endo-utérines.

DISPONIBILITE DES DONNEES

Toutes les données sont déjà incluses dans ce manuscrit

CONFLITS D'INTERETS

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

DECLARATION DE FINANCEMENT

Ce cas clinique n'a nécessité aucun financement

CONSENTEMENT

La patiente a donné son consentement éclairé écrit pour la prise de photos et leurs publications dans de manuscrit

CONTRIBUTIONS DES AUTEURS

SRS et AT ont préparé le manuscrit ; EK, IO, MS, YAS, HZ ; FTM et AO ont apporté des contributions importantes au manuscrit. Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

RÉFÉRENCES

1. Benjelloun AT, Makayssi A, Ennachit S, Elkarroumi M. Inversion utérine non puerpérale chronique: à propos d'un cas. *Pan Afr Med J*. 2018;31:231. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6691321/>
2. Isabelle Leconte, Cecile Thierry, Antony Bongiorno, Mathieu Luyckx, Latifa Fellah. Non-Puerperal Uterine Inversion. *J Belg Soc Radiol*. 2016;100(1):47. <http://jbsr.be/articles/10.5334/jbr-btr.974/>
3. Ueda K, Okamoto A, Yamada K, Saito M, Takakura S, Tanaka T, et al. Nonpuerperal inversion of the uterus associated with endometrial cancer: a case report. *Int J Clin Oncol*. 2006;11(2):153-5. <http://link.springer.com/10.1007/s10147-005-0544-3>
4. Kesrouani A, Cortbaoui E, Khaddage A, Ghossein M, Nemr E. Characteristics and Outcome in Non-Puerperal Uterine Inversion. *Cureus*. 2021;13(2):e13345.
5. Auber M, Darwish B, Lefebure A, Ness J, Roman H. Management of nonpuerperal uterine inversion using a combined laparoscopic and vaginal approach. *Am J Obstet Gynecol*. 2011;204(6):e7-9. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002937811000639>
6. Rosa Silva B, de Oliveira Meller F, Uggioni ML, Grande AJ, Chiamonte Silva N, Colonetti T, et al. Non-Puerperal Uterine Inversion: A Systematic Review. *Gynecol Obstet Invest*. 2018;83(5):428-36. <https://doi.org/10.1159/000488089>
7. Yengui H, Hentati Y, Guermazi H, Daoued E, Mnif Z. Inversion utérine non puerpérale chronique idiopathique : à propos d'un cas. *J Imag Diagn Interv*. 2021;4(3):222-5. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2543343120302323>
8. Aguilar-Cieza A, Castro-Reyna A, Aguilar-Cieza A, Castro-Reyna A. Inversión uterina no puerperal:

- primer caso reportado en el Perú. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2021;67(1).
9. Chou HH, Chen CJ, Chu KK. Ultrasonography diagnosis in subacute uterine inversion--a case report. *Chang Yi Xue Za Zhi.* 1995;18(1):73-6.
 10. Takano K. Uterine Inversion Caused by Uterine Sarcoma: A Case Report. *Jpn J Clin Oncol.* 2001;31(1):39-42.
<https://academic.oup.com/jjco/article-lookup/doi/10.1093/jjco/hye002>
 11. Moulding F, Hawnaur JM. MRI of non-puerperal uterine inversion due to endometrial carcinoma. *Clin Radiol.* 2004;59(6):534-7.
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0009926003005099>
 12. Makoyo Komba O, Bang Ntamack JA, Minkobame U, Assoumou P, Eya'ama R, Mewie Lenzinga A, Meye JF. Inversion utérine non puerpérale aigue négligée. *Health Sci. Dis: Vol 22 (10) October 2021* pp 122-124
 13. Zhang X, Sun L, Chen X, Hua K. Uterus Preserving Reposition of Non-Puerperal Uterine Inversion under Laparoscope: A Case Report and Literature Review. *Gynecol Obstet Invest.* 2015;79(3):206-9.
<https://doi.org/10.1159/000366475>
 14. Singh A, Ghimire R. A Rare Case of Chronic Uterine Inversion Secondary to Submucosal Fibroid Managed in the Province Hospital of Nepal. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2020;2020:6837961.