

CAS CLINIQUE



Prolapsus utérin extériorisé sur utérus gravide. Prise en charge pré- et postnatale

Advanced uterine prolapse during pregnancy: Pre- and postnatal management

A.-C. Pizzoferrato^{*}, C. Bui, A. Fauconnier, G. Bader

Service de gynécologie obstétrique et médecine de la reproduction, centre hospitalier intercommunal de Poissy/Saint-Germain-en-Laye, 10, rue du Champ-Gaillard, 78303 Poissy, France

Reçu le 6 août 2012

Disponible sur Internet le 15 juillet 2013

Résumé

Le prolapsus des organes pelviens est un trouble fréquent de la statique pelvienne de la femme ménopausée. Concernant la gestion du prolapsus de la femme jeune pendant la grossesse, la littérature est particulièrement pauvre. Nous rapportons le cas d'une patiente multipare de 39 ans adressée pour la prise en charge d'un prolapsus utérin extériorisé dès 13 semaines d'aménorrhée. La prise en charge de ce type de prolapsus dépend du stade clinique, de l'évolution et du terme de la grossesse. Elle associe le repos et les antiseptiques locaux à la réintégration manuelle ou par pessaire du prolapsus afin de prévenir l'ulcération et la surinfection du col utérin. En cas de prolapsus de stade IV (POP-Q), l'obstacle mécanique par extériorisation permanente du col utérin peut compromettre l'accouchement vaginal et motiver une césarienne, ce qui fut le cas chez cette patiente. S'agissant du mode d'accouchement, aucune recommandation n'est disponible dans la littérature actuelle. Celui-ci doit être clairement discuté en fonction du risque de dystocie cervicale et des risques potentiels de la césarienne. La réparation chirurgicale du prolapsus après l'accouchement devra être discutée en fonction de la gêne fonctionnelle occasionnée et du désir de grossesse ultérieur.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Pelvic organ prolapse is a common pelvic floor disorder in postmenopausal women. The literature is quite poor concerning the management of prolapse during pregnancy in young women. We report the case of a 39-year-old multiparous woman referred for the treatment of an exteriorized uterine prolapse at 13 weeks of gestation. The management of cervical prolapse depends on its stage, its evolution and on gestational age. It combines local antiseptics, rest and manual reintegration or reduction of the prolapsus using a pessary to prevent ulceration of the cervix. In case of stage IV (POP-Q) uterine prolapse, vaginal delivery may be compromised. No recommendation is actually available about route of delivery in case of exteriorized uterine prolapse. It should be clearly discussed regarding the potential risk of cesarean section for dystocia. Surgical repair of the prolapse will be discussed after childbirth according to functional impairment and women's desire for pregnancy.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Mots clés : Prolapsus utérin ; Grossesse ; Accouchement ; Prise en charge

Keywords : Exteriorized prolapse; Pregnancy; Delivery; Management

^{*} Auteur correspondant.

Adresse e-mail : ac_pizzoferrato@yahoo.com (A.C. Pizzoferrato).

1. INTRODUCTION

Le prolapsus des organes pelviens (POP) concerne plus de 30 % de la population féminine. Il s'agit essentiellement d'une pathologie de la femme ménopausée. Les facteurs de risque principaux sont la parité vaginale, l'obésité et le vieillissement. Des cas de prolapsus au cours de la grossesse ont cependant été rapportés dans la littérature. Pour Keettel [1], la prévalence varie entre 1/10 000 et 1/15 000 accouchements aux États-Unis. La prise en charge est variable selon les équipes et dépend essentiellement du terme de la grossesse et des complications imputables au prolapsus. Nous avons récemment pris en charge une patiente multipare présentant un prolapsus utérin extériorisé dès 13 semaines d'aménorrhée (SA). Notre objectif est de proposer des orientations pour la prise en charge de ces prolapsus en fonction des données disponibles dans la littérature.

2. CAS CLINIQUE

Mme B., 39 ans, troisième geste deuxième pare, nous a été adressée en décembre 2010 pour la prise en charge d'un prolapsus utérin extériorisé à 13 SA (SA). Cette patiente a déjà eu deux grossesses normales avec des accouchements eutociques à terme à 12 mois d'intervalle. Elle n'a aucun antécédent médicochirurgical notable. L'IMC avant la grossesse était de 21,7.

Le premier examen clinique a retrouvé un prolapsus utérin de stade IV (Point C à +9 cm selon la classification POP-Q) [2] facilement réductible, sans cystocèle ni rectocèle associée. Un pessaire de type Dumontpallier® de 80 mm de diamètre externe a été placé sans difficulté et un suivi bimensuel a été mis en place. La réduction du prolapsus est devenue progressivement difficile avec l'avancement de la grossesse à cause d'expulsions fréquentes du pessaire. À 30 SA, nous avons constaté un élargissement du diamètre cervical et une ulcération cervicale malgré la présence du pessaire. Cependant, le col demeurait long et fermé avec une croissance fœtale normale. Les lésions cervicales ont nécessité des soins locaux pluriquotidiens (Fig. 1a) et à partir de 34 SA, un suivi hebdomadaire a été mis en place. Après discussion de la voie d'accouchement et des risques potentiels de dystocie cervicale, la voie vaginale a été accordée. La patiente a été admise en salle de travail à 39 SA, à 3 cm de dilatation cervicale. Le col utérin est resté extériorisé pendant toute la durée du travail ; la réintégration étant impossible. L'examen

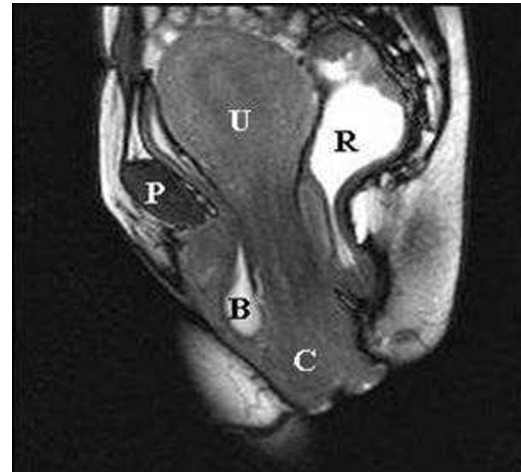


Fig. 2. IRM dynamique à trois mois du post-partum : P : symphyse pubienne, B : vessie, U : utérus, C : col utérin, R : rectum.

du col réalisé par la même sage-femme pendant le travail n'a pas présenté de difficulté particulière. Une anesthésie péridurale a rapidement été mise en place devant l'intolérance des contractions utérines. Une dynamique utérine régulière en fréquence et en intensité, obtenue après rupture artificielle des membranes, a permis une dilatation du col jusqu'à 5 cm. Une césarienne a dû être réalisée en cours de travail, après deux heures de stagnation de la dilatation à 5 cm. Le rythme cardiaque fœtal est resté normal pendant toute la durée du travail. Le poids du nouveau-né était de 3200 g. Un protocole d'auto-réduction du prolapsus et des soins locaux ont été mis en place durant l'hospitalisation.

L'examen clinique à un mois de l'accouchement retrouvait un prolapsus persistant de stade IV (point C à +10 cm selon la POP-Q) (Fig. 1b) sans troubles urinaire ou digestif associé. Un pessaire de 85 mm de diamètre a permis la réduction provisoire du prolapsus avec une bonne efficacité à l'effort de toux et de poussée. L'IRM dynamique a confirmé la sévérité du prolapsus avec notamment un allongement et une hypertrophie du col utérin (Fig. 2). La réparation chirurgicale définitive du prolapsus par double promontofixation prothétique indirecte associée à une hystérectomie subtotale par voie cœlioscopique a été réalisée à sept mois de l'accouchement. Les suites opératoires ont été simples et les résultats anatomiques et fonctionnels satisfaisants à court terme.

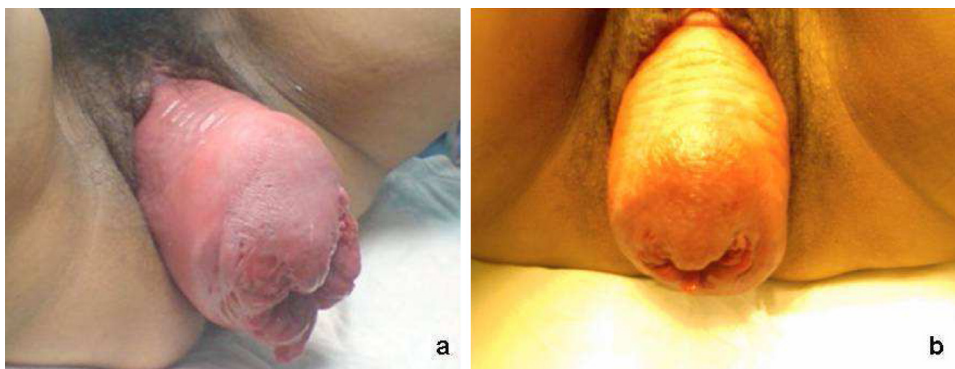


Fig. 1. Prolapsus utérin extériorisé à 36 semaines d'aménorrhée (a) et à trois mois du post-partum (b).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3949654>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3949654>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)