

Torsion of Gravid Uterus at Third Trimester- A Case Report

Dr Hind Ennasser, Pr Hafsa Taheri, Pr Hanane Saadi, Pr Ahmed Mimouni

Service de Gynécologie et Obstétrique
Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI Oujda, Maroc
Faculté de médecine et de pharmacie d'Oujda
Université Mohammed premier Oujda, Maroc

Auteur correspondant : Hind Ennasser Email : hindennasser1991@gmail.com

Abstract: We describe a case of uterine torsion that occurred in an asymptomatic 32-year-old woman. The diagnosis was made during cesarean section and detorsion was performed to the left with an anterior incision. Uterine torsion is a rare obstetric complication that usually occurs in the third trimester and can have serious consequences for both the mother and the child. We performed a review of the literature regarding the signs and management options of this rare entity.

Keywords— torsion; dextrorotation; gravid uterus

Torsion d'un utérus gravide au troisième trimestre - à propos d'un cas

Résumé :

Nous décrivons le cas d'une torsion utérine survenue chez une femme de 32 ans asymptomatique. Le diagnostic a été réalisé en cours de césarienne et la détorsion a été réalisée vers la gauche avec une incision en antérieur.

La torsion utérine est une complication obstétricale rare qui survient généralement au cours du troisième trimestre et peut avoir de graves conséquences maternelle et fœtale. Nous avons réalisé une revue de la littérature concernant les signes et les possibilités de prise en charge de cette entité rare.

Mots clefs— torsion ; utérus gravide ; dextrorotation

1. INTRODUCTION

La rotation de l'utérus gravide est physiologique au cours du troisième trimestre. Cependant une rotation supérieure à 45 degrés devient pathologique prenant le nom d'une torsion utérine, situation très rare dans la pratique obstétricale. Nous rapportant l'observation d'une patiente vue dans notre formation avec une revue de la littérature sur cette entité.

2. OBSERVATION

Il s'agit d'une patiente âgée de 32 ans G4P3 porteuse d'un utérus triplement cicatriciel dont les indications étaient respectivement une souffrance fœtale aiguë et une macrosomie, diabétique type 2 sous insuline équilibré. La patiente était bien suivie au cours de sa grossesse, sa dernière échographie obstétricale était à 35 semaines d'aménorrhée et 4 jours avec un poids fœtale estimée à 2800 grammes. Deux semaines après à 37 SA et 5 jours, la patiente consulte pour une diminution des mouvements actifs fœtaux. L'examen clinique trouve une patiente normo tendue stable sur le plan hémodynamique en dehors du travail. L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal était normo oscillant normo réactif. À l'échographie obstétricale on avait constaté un anamnios avec stagnation pondéral à 2800 g le diagnostic de retard de croissance était posé. Un bilan standard de prééclampsie était demandé dans le cadre du bilan étiologique revenant normal.

Une césarienne était indiquée en urgence pour retard de croissance intra utérin.

Sous rachianesthésie, reprise itérative de l'ancienne cicatrice type Pfannenstiel, ouverture plan par plan, à l'exploration on a constaté la présence d'une dextrorotation utérine à 70 degrés avec un ligament rond gauche et varices du paramètre gauche exposée en avant (fig.1). On a procédé à une tentative de repositionnement de l'utérus, l'incision était latéralisée au maximum à droite et l'extraction d'un bébé de 2900 grammes avec Apgar de 10\10. L'hystéroraphie était réalisé en un seul plan et l'utérus a repris son emplacement spontanément, aucune cause anatomique n'a été trouvée afin d'expliquer la torsion utérine (fig.2). Le saignement estimé à 200 ml .

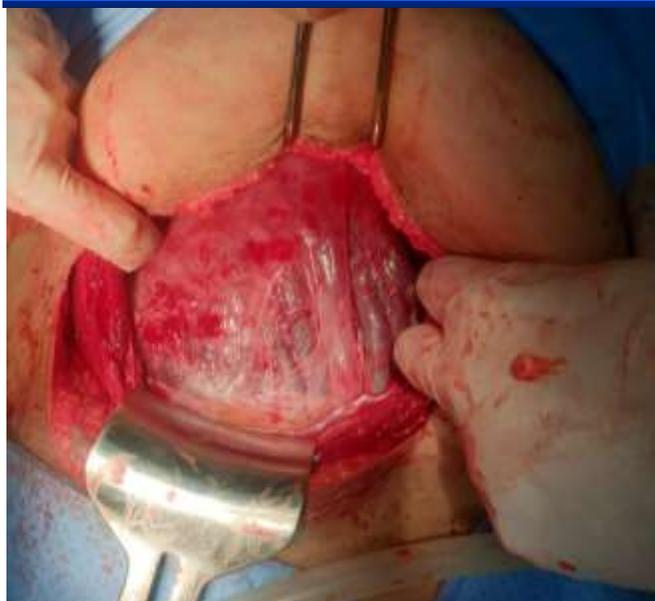


Figure 1 vue opératoire de la dextrorotation utérine avec visualisation du ligament rond gauche et les varices du paramètre gauche



Figure 2 vue opératoire de l'hystéroraphie après tentative de détorsion utérine

3. DISCUSSION

La torsion utérine est définie comme une rotation de l'utérus de plus de 45 degrés sur son axe longitudinal [1]. Le premier cas a été publié par Labbé en 1876[2]. L'étiologie exacte n'a pas été élucidée jusqu'à présent. Une torsion inexplicite a été observée dans la plupart des cas. Cependant plusieurs cas de torsion utérine décrits dans la littérature ont été associés à des anomalies utérines congénitales, une adhérence pelvienne, une tumeur pelvienne, une présentation fœtale anormale et un traumatisme maternel tel qu'une collision automobile [3-5]. Dans les deux tiers des cas il s'agit d'une dextrorotation suivant l'orientation normale des fibres myométriales et le déplacement physiologique vers la droite pendant la grossesse [4,6].

Le diagnostic clinique de la torsion utérine pendant la grossesse est très difficile en raison de sa rareté et de ses symptômes non spécifiques.

Les symptômes peuvent être des douleurs abdominales, des métrorragies de faible abondance nausées/vomissements, diminution des mouvements du fœtus, détresse fœtale, instabilité hémodynamique/syncope, une dystocie, des signes d'appels digestifs ou urinaires [4]. Dans une revue de la littérature réalisée par Jensen, il est observé que dans la plupart des cas l'intensité des symptômes dépend du degré de la torsion. Dans certains cas, en revanche, la patiente reste totalement asymptomatique (14 % des cas) ce qui est le cas de notre patiente [3]. Le diagnostic de torsion utérine est posé en per opératoire [7].

Certains indices à l'examen clinique et à l'échographie peuvent orienter vers une probable torsion mais généralement rarement rapporte dans la littérature. En cas de torsion de l'utérus, le ligament rond peut être palpé en s'étirant sur l'abdomen. L'examen vaginal peut révéler une artère utérine pulsante vers l'avant. Le vagin ou le canal cervical peut être tordu ou atrétique. L'échographie peut montrer une modification du site placentaire par rapport à l'échographie précédente, un changement de position d'un fibrome ou des vaisseaux anormaux sur l'utérus par Doppler [8].

La laparotomie est nécessaire dans tous les cas. La prise en charge idéale implique le repositionnement de l'utérus avant de procéder à la césarienne [1]. Cependant, le repositionnement d'un utérus d'une grossesse à terme ou proche du terme peut ne pas être possible. Dans ce cas une hystérotomie verticale postérieure est le choix le plus sûr car une incision transversale postérieure basse peut endommager le vaisseau utérin et les vaisseaux ovariens tordus et même pouvant amener à une hystérectomie d'hémostase [3,9,10]. Dans notre situation l'hystérotomie était faisable en antérieur du fait que le degré de rotation était modéré à 70 degrés, seulement une latéralisation de l'incision au maximum à droite a permis d'éviter une lésion vasculaire adjacente.

4. CONCLUSION

Bien que la torsion utérine soit très rare, les obstétriciens doivent y penser lorsque la patiente présente des antécédents de chirurgie pelvienne, masse pelvienne, malformation utérine ou traumatisme abdominal. Un examen minutieux doit être menée devant tout symptômes atypiques comme douleur abdominale aiguë sévère inexplicite et de décélération fœtale. En pratique devant tout diagnostic de torsion utérine, il est nécessaire de réaliser une détorsion utérine avant l'extraction si possible afin d'éviter une hystérotomie latérale ou postérieure pouvant endommager le pédicule utérin et l'uretère. Cependant dans les cas où la détorsion de l'utérus n'est pas possible, l'hystérotomie verticale est préférée

5. REFERENCES

- [1] Dandawate B, Carpenter T. Asymptomatic torsion of pregnant uterus. *J Obstet Gynaecol* 2006;26:375–376.
- [2] Jovanovic D, Del Granado A, Stiller A. Torsion of the gravid uterus: a review and a case. *J Reprod Med* 1972; 8(2):81–4.
- [3] Jensen JG. Uterine torsion in pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1992;71:260–265
- [4] O'Grady JP. Malposition of the uterus, Uterine torsion. [updated 22 July 2013].
- [5] Khaskheli M, Baloch S, Malik AM. Torsion of full term pregnant uterus with huge ovarian cyst. *J Obstet Gynaecol India* 2010;60:341–342
- [6] Farhadifar F, Bahram N, Shahgheibi S, Soofizadeh N, Rezaie M. Asymptomatic uterine torsion in a pregnant woman. *Indian J Surg* 2014;76:321–322.
- [7] W.K. Nicholson, C.C. Coulson, M.C. McCoy, R.C. Semelka, Pelvic magnetic resonance imaging in the evaluation of uterine torsion, *Obstet. Gynecol.* 85 (5 Pt 2) (1995) 888–890
- [8] Kremer JA, van Dongen P. Torsion of the pregnant uterus with a change in placental localization on ultrasound; a case report. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1989;31(3):273–5
- [9] Wilson D, Mahalingham A, Ross S. Third trimester uterine torsion: case report. *J Obstet Gynaecol Can* 2006;28:531–535.
- [10] T. Thubert , R. Abdul Razak , V. Villefranque . Torsion utérine au cours d'une grossesse gémellaire . *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* . Volume 40, Issue 4, June 2011, Pages 371-374