

Malformation artérioveineuse intra-utérine acquise : à propos de 02 cas et revu de la littérature

Mohamed Iemine ABDI, Mouna AHARMOUCH, Yassine BELHAJ, Sofia Jayi, Fatima Zohra fdili Alaoui, Hikmat Chaara, Moulay Abdelilah Melhouf

Universite Sidi Mohamed Ben Abdellah, service de gynécologie et obstétrique II, Centre hospitalier universitaire HASSAN II de Fès.

Auteur correspondant : Mohamed Iemine ABDI, Universite Sidi Mohamed Ben Abdellah, service de gynécologie et obstétrique II, Centre hospitalier universitaire HASSAN II de Fès.

Abstract: *Uterine arteriovenous malformations are rare. We report the case of 02 patients presenting with an acquired intrarenal arteriovenous malformation, the first post vaginal delivery with notion of uterine revision for delivery haemorrhage, and the second 1 month post abortum with notion of haemostatic curettage. Pelvic ultrasound with color Doppler confirmed the diagnosis. Arteriography confirmed the diagnosis, enabling conservative treatment by arterial embolization. No complications were reported. Failure to recognize uterine arteriovenous malformations can have consequences ranging from hemostasis hysterectomy for cataclysmic hemorrhage to death.*

Résumé :

Les malformations artérioveineuses utérines sont rares. Nous rapportons le cas de 02 patientes présentant une malformation artérioveineuse acquise intra-utérine, la première post accouchement par voie basse avec notion de révision utérine pour hémorragie de délivrance, et la deuxième à 1 mois du post abortum avec notion d'un curetage hémostatique. L'échographie pelvienne avec Doppler couleur a permis de suspecter le diagnostic. L'artériographie confirme le diagnostic et permet dans le même temps la réalisation d'un traitement conservateur par embolisation artérielle. Aucune complication n'est enregistrée. La méconnaissance des malformations artérioveineuse utérine peut avoir des conséquences délétères allant d'une hystérectomie d'hémostase par hémorragie cataclysmique au décès.

Mots clé : MAV – embolisation – curetage

Introduction :

Les malformations artérioveineuses utérines acquises (MAVU) sont peu évoquées dans le cadre de l'exploration d'une métrorragie persistante après une grossesse avec une issue défavorable (fausse couche, maladies trophoblastiques). Leur incidence est mal connue, mais il s'agit a priori d'une situation très rare [1, 2]. Il faut y penser afin d'éviter la réalisation d'un curetage hémostatique qui serait inutile voire dangereux pour la patiente. Nous rapportons les cas de deux patientes présentant une malformation artérioveineuse intra-utérine dans le post-abortum et post partum dans le service de gynécologie-obstétrique II du Centre Hospitalier Universitaire HASSAN de Fes. Les métrorragies étaient le principal signe fonctionnel avec plus au moins douleurs pelviennes non spécifique, le diagnostic était suspecté à l'échographie Doppler confirmé par un angioscanner pelvien. Le traitement a reposé sur l'embolisation avec une évolution satisfaisante

Observation N°1 :

Patiente N°1 âgée de 44 ans sans antécédents particuliers, gestité deux, parité un, ayant accouché par voie basse et dont l'évolution était marquée par la survenue d'une hémorragie de délivrance d'où l'indication de compléter par une révision utérine ramenant des débris placentaire. La Patiente a consulté 02 mois du post partum pour des métrorragies de grande abondance avec un état hémodynamique stable. L'examen obstétrical note une origine endo-utérine du saignement avec un utérus de taille normal (BHCG) plasmatique était négative. A l'échographie Doppler, on retrouve une image de rétention très vascularisée au doppler (figure 2) L'angioscanner pelvien conclut à une malformation intra-utérine avec un résidu anévrisimal sous-endométrial associées à des varices pelviennes bilatérales Une angiographie suivit d'une embolisation artérioveineuse est réalisée. Les suites étaient simples avec un arrêt des saignements (figure 1)



Figure 1 : image arteriographique montrant la MAV



Figure 2 : écho-doppler montrant des îlots anéchogènes, confluents, intra-myométriaux, hypervascularisés

Observation N°2 :

Patiente N°2 âgée de 23 ans sans antécédents particuliers ; G1P0, grossesse arrêté de 10 SA déclenché au Misoprostol et complété par un curetage hémostatique. Elle est admise aux urgences de notre formation à un mois du post-abortum pour des métrorragies de grande abondance avec un état hémodynamique stable. Elle a bénéficié d'une échographie pelvienne avec doppler couleur montrant une image intra utérine hyperéchogène hétérogène mimant une image de rétention très vascularisé au doppler couleur. L'angiographe a confirmé le diagnostic. Une artériographie a confirmé le diagnostic et a permis une embolisation en même temps. Les suites étaient simples.

Discussion :

Le terme de malformation artério-veineuse est souvent utilisé par excès dans les anomalies artério-veineuse. Leur incidence est mal connue. Il s'agit à priori d'une situation très rare mais potentiellement mortelle [1, 3]. Ces anomalies vasculaires utérines peuvent être responsables parfois de saignements cataclysmiques d'où l'intérêt de les diagnostiquer avant tout geste thérapeutique. Elles peuvent être congénitales ou plus fréquemment acquises. Les formes congénitales sont en rapport avec un défaut de développement vasculaire au cours de la vie embryonnaire [4]. Les formes acquises se rencontrent en général après un traumatisme utérin: curetage, révision utérine ou césarienne. Elles peuvent être également secondaires à une rétention de tissu trophoblastique, notamment suite à des grossesses molaire [2]. Le diagnostic de MAV est évoqué devant des méno-métrorragies récidivantes, chez la femme jeune, mais parfois les MAVU peuvent se révéler par des douleurs pelviennes, des dyspareunies et/ou une anémie [1, 2]. Dans le cas de MAVU acquises, les ménorragies surviennent le plus souvent pendant les premières menstruations qui suivent le geste traumatique [5]. Trois examens paracliniques sont utiles au diagnostic des MAVU:

l'échographie pelvienne couplée au Doppler couleur, l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et l'artériographie [2]. L'échographie Doppler montre des îlots anéchogènes, confluents, intra-myéométriaux, hypervascularisés, avec des vitesses artérielles systoliques très élevées [1, 6]. Dans notre étude, l'échographie Doppler suspectait la lésion, l'angio scanner pelvien l'a confirmé et l'artériographie l'a montré et a permis un traitement conservateur. L'utilisation de l'hystérocopie a été rapportée mais s'avère de réalisation difficile et peu contributive surtout si saignement massif empêchant l'exploration de la cavité. L'IRM est déterminante pour le diagnostic des MAVU. Son intérêt est double; d'une part, elle permet d'éliminer d'autres diagnostics tels que les lésions inflammatoires et néoplasiques utérines [2], d'autre part, elle permet une localisation géographique précise de la malformation en visualisant les vaisseaux nourriciers. L'angio-IRM en séquences rapides pondérées T1 est un examen de choix car il permet de réaliser une étude hémodynamique de la prise de contraste de la malformation [7]. Les difficultés d'obtention d'une IRM en urgence dans notre contexte expliquent sa non réalisation. Les options de traitement dépendent de la pathologie sous-jacente et vont de l'abstention thérapeutique, à l'embolisation surtout, la ligature des artères utérines voire l'hystérectomie. L'embolisation est pratiquée en première intention chez la plupart des patientes symptomatiques. Elle présente un taux de réussite élevé avec un taux de complications faible, comme le montre l'étude de Ghai *et al.* [8]. En effet sur 15 patientes, il obtient un taux de succès de 93% avec un taux de complications de 0,4%. Selon l'analyse de la littérature de Sanguin S *et al.* [2], les taux de succès à la 1^{re} tentative sont de 57%. L'embolisation peut être répétée en raison de l'échec à la première tentative. La résection hystérocopique peut être une alternative conservatrice à l'hystérectomie chez les patientes désireuses de conserver leur fertilité [9]. L'embolisation est un examen invasif nécessitant des radiologues expérimentés et un plateau technique adapté. Il existe quelques complications peu fréquentes et non spécifiques aux MAVU. Il s'agit le plus souvent de complications mineures telles que des douleurs pelviennes temporaires [10]. Cependant, des complications graves bien qu'extrêmement rares ont été rapportées, et sont liées le plus souvent à une embolisation de l'artère iliaque interne créant des nécroses cutanées, des déficits neurologiques et des fistules recto-vésico-vaginales. Dans notre étude, aucune complication n'a été retrouvée.

Conclusion :

Les malformations artério-veineuses sont rares, doivent être recherchées devant de saignements persistants chez une femme en période d'activité génitale ayant eu des antécédents des manœuvres endo-utérines. Ceci pourrait éviter d'autres gestes qui peuvent aggraver la situation et d'orienter une prise en charge bien conduite dans un délai raisonnable. L'IRM joue un rôle primordial et permet non seulement de lever le doute diagnostic échographique mais aussi de faire un diagnostic topographique précis. L'embolisation est le traitement de choix, qui a remplacé l'hystérectomie longtemps utilisée comme traitement de référence

Bibliographies :

1. Chassang M, Baudin G, Delotte J, Trastour C, Bongain A, Chevallier P. Rôle de l'imagerie en cas de métrorragies après fausse couche spontanée ou interruption volontaire de grossesse. *J Gynecol Obstet Biol la Reprod.* 2015;44(5):398–402.
2. Sanguin S, Lanta-Delmas S, Le Blanche A, Grardel-Chambenoit E, Merviel P, Gondry J. Diagnostic et traitement des malformations artério-veineuses utérines (MAVU) en 2011. *Gynecol Obstet Fertil.* 2011;39(12):722–727.
3. Sellmyer MU, Desser TS, Maturen KE, Jeffrey RB, Jr, Kamaya A. Physiologic, histologic and imaging features of retained products of conception. *Radiographics.* 2013;33(3):781–796.
4. Bauer V, Briex M, De Meeus JB, Drouineau J, Ferrie JC, Magnin G. Malformation artério-veineuse congénitale de l'artère iliaque interne découverte au cours de la grossesse. *J Gynecol Obs Biol Reprod.* 1993;22(3):312–316.
5. Kizaki R, Fujimoto J, Sato E, Tamaya T. Novel therapeutic strategy for uterine arteriovenous fistulas: case report. *Clin Exp Obs Gynecol.* 2010;37(2):158–160.
6. Timor-tritsch IE, Haynes MC, Monteagudo A, Khatib N, Kovács S. Ultrasound diagnosis and management of acquired uterine enhanced myometrial vascularity/arteriovenous malformations. *Am J Obstet Gynecol.* 2016;214(6):1–10.
7. Yang PY, Hsu JC, Yeh GP, Tsung-CheHsieh C. Sonographic features of uterine arteriovenous malformations: two- and three-dimensional findings. *J Med Ultrasound.* 2009;17(3):173–17.
8. Ghai S, Rajan DK, Asch MR, Muradali D, Simons ME, TerBrugge KG. Efficacy of embolization in traumatic uterine vascular malformations. *J Vasc Interv Radiol.* 2003 Nov;14(11):1401–8.
9. Patton EW, Moy I, Milad MP, Vogezeang R. Fertility-Preserving Management of a Uterine Arteriovenous Malformation: a Case Report of Uterine Artery Embolization (UAE) Followed by Laparoscopic Resection. *J Minim Invasive Gynecol.* 2015;22(1):137–141.

10. Garner EI, Meyerovitz M, Goldstein DP, Berkowitz RR. Successful term pregnancy after selective arterial embolization of symptomatic arteriovenous malformation in the setting of gestational trophoblastic tumor. *Gynecol Oncol.* 2003;88(1):69–72.