Nécrose utérine infectée du postpartum après césarienne et gestes d'hémostase conservateurs : à propos d'un cas

L. ABDALLAOUI MAANE[1], S. EL MORNAKI[1], A. EZZIDI[1], M. FAREH[1], A. BOUZIYANE[1], M. DEHAYNI[1]

[1]Service de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa, Université Mohammed VI des Sciences et de la Santé (UM6SS), Casablanca, Maroc.

Auteur correspondant : Leila ABDALLAOUI MAANE, résidente en gynécologie-obstétrique

Mots clés :
Nécrose utérine ; Postpartum ; Césarienne ; Hémorragie du postpartum ; Hystérectomie subtotale.

Résumé :

La nécrose utérine constitue une complication rare mais redoutable des gestes d'hémostase conservateurs pratiqués lors d'une hémorragie du postpartum. Son expression clinique souvent non spécifique peut retarder le diagnostic et conduire à une prise en charge chirurgicale radicale. Nous rapportons le cas d'une patiente de 32 ans, G3P2, ayant accouché par césarienne à 37 SA dans un contexte de mort fœtale in utero, au sein d'une structure privée. L'intervention avait été compliquée d'une hémorragie du postpartum ayant nécessité des ligatures vasculaires associées à un packing-dépacking. La patiente était secondairement adressée à notre établissement à J22 du postpartum pour un tableau infectieux associant une hyperthermie à 40 °C, une tachycardie et des signes inflammatoires pariétaux en regard de la cicatrice de césarienne. L'échographie pelvienne, complétée par une tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne, mettait en évidence des anomalies évocatrices d'une nécrose utérine surinfectée. Malgré l'instauration d'une antibiothérapie probabiliste à large spectre, l'évolution clinique a conduit à une exploration chirurgicale. La laparotomie retrouvait une désunion complète des plans pariétaux avec éviscération, une nécrose intéressant la totalité du corps utérin, une friabilité tissulaire majeure, une suppuration intrapéritonéale ainsi que de multiples adhérences utéro-pariétales et utéro-épiploïques. Une hystérectomie subtotale avec conservation des annexes était réalisée. Les suites postopératoires étaient simples, permettant la sortie de la patiente après trois jours d'hospitalisation conventionnelle. L'examen anatomopathologique était en cours. Cette observation illustre une complication rare des stratégies d'hémostase conservatrices, dont la présentation peut être retardée et trompeuse. Elle souligne l'importance d'évoquer une nécrose utérine devant tout syndrome infectieux inexpliqué après césarienne, particulièrement après des gestes d'hémostase vasculaire, et de ne pas retarder le recours à la chirurgie devant une atteinte utérine étendue.