



## Déchirure annulaire pédiculée du col utérin au cours d'un accouchement par voie basse : bases pour les bonnes pratiques obstétricales au Cameroun

Pedunculated annular tear of the uterine cervix during vaginal delivery: the bases for good obstetric practice in Cameroon

Mpono P<sup>1,2</sup>, Nyada S<sup>1,2</sup>, Akam Ngono V<sup>1,2</sup>, Metogo Ntsama J.A<sup>1,2</sup>, Kasia Onana Y.B<sup>2</sup>, Tchuisseu C<sup>1</sup>, Tatsipie W.L<sup>3</sup>, Toukam L<sup>1</sup>, Noa Ndoua C.C<sup>1,2</sup>, Belinga E<sup>1,2</sup>

### Cas clinique

<sup>1</sup> Département de gynécologie obstétrique, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université of Yaoundé I, Cameroun.

<sup>2</sup> Unité de gynécologie obstétrique, Centre Hospitalier de Recherche et d'Application en Chirurgie Endoscopique et Reproduction Humaine

<sup>3</sup> Service de chirurgie gynécologique, Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy –Saint germain en Laye

#### Auteur correspondant :

Mpono Emenguele Pascale, Département de Gynécologie Obstétrique, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université of Yaoundé I, Cameroun, BP : 1364.  
Téléphone : +237677199536.  
E-mail : [mponopassy@yahoo.fr](mailto:mponopassy@yahoo.fr)

**Mots clés :** Déchirure cervicale annulaire, Accouchement à travers une déchirure cervicale, Accouchement spontané

**Keywords:** Annular cervical tear, Childbirth through a cervical tear, Spontaneous childbirth

### RESUME

Les déchirures cervicales sont des complications assez rares lors des accouchements par voie basse. Les mécanismes régissant la variante annulaire restent un mystère, et sa prise en charge encore non codifiée de nos jours. Nous présentons le cas d'une parturiente de 38 ans, pauci geste, aux antécédents d'une césarienne et d'une fausse couche spontanée, rendue à un terme de 40 semaines d'aménorrhée gravidique ; venue en phase de latence du travail dans un contexte d'épreuve de cicatrice. L'évolution 6 heures après son admission a été marquée par une envie de pousser à une dilatation du col de 6 cm ; à l'examen physique, on notait une déchirure cervicale postérieure semi annulaire s'étendant de 3 à 9 heures, avec le tissu cervical ischémié et œdématisé visible à l'introitus en avant de la tête fœtale. Suite à un accouchement par voie basse à travers l'orifice nouvellement créé par la déchirure, celle-ci s'est étendue laissant juste un lambeau cervical relié au col par un pédicule de deux centimètres à 12 heures, sans saignement actif. Après avoir exclu une rupture utérine, la déchirure a été réparée. Les suites postpartum étaient simples. La prise en charge et l'impact de ce genre de déchirure sur le pronostic obstétrical de la patiente restent encore peu documentés. Nous recommandons un cerclage cervico-isthmique et une césarienne élective lors de grossesse ultérieure dans le but d'éviter tout incident prématuré dès l'âge de viabilité.

### ABSTRACT

Cervical tears are fairly scarce complications in vaginal deliveries. The intricacies of the annular variant are not yet mastered and its management is still not codified today. We report the case of a 38-year-old parturient, pauci gesture, with a history of a caesarean section and a spontaneous miscarriage, at 40 weeks of gravid amenorrhea. The patient arrived in the latency phase of labour in a context of trial of scar. 6 hours into admission, she felt an urge to push with cervical dilatation of 6 cm; upon physical examination, a semi-annular posterior cervical tear extending from 3 to 9 hours was noted, with ischemic and edematous cervical tissue visible at the introitus anterior to the foetal head. Following vaginal delivery through the newly created orifice, the tear extended, leaving just a two-centimetre cervical flap pedicled to the cervix at 12 hours, with no active bleeding. After ruling out uterine rupture, the tear was repaired. Postpartum care was straightforward. Although the management and impact of this type of tear on the obstetric prognosis of the patient are still insufficiently documented, we recommend cervicoisthmic cerclage and elective caesarean section in order to avoid any premature incident from the age of viability.

## Introduction

Les déchirures cervicales sont des lésions de la filière génitale survenant au cours de l'accouchement. Elles sont une cause fréquente d'hémorragie du postpartum immédiate et par conséquent, augmentent la morbi-mortalité maternelle. Leur incidence va de 0,2-1,7% d'après Nir Melamed et al [1]. Elles se définissent comme des solutions de continuité non chirurgicales du col utérin, survenant au moment de l'accouchement. Elles sont le plus souvent *verticales*, associées à des facteurs de risque tel qu'un antécédent de déchirure cervicale, d'induction ou stimulation du travail, de manœuvres cervicales (conisation), de lésions cancéreuses du col, de cerclage utérin, d'œdème cervical en période intrapartale, de travail précipité, d'accouchement instrumental, de gros fœtus, de version par manœuvre interne, et de nulliparité. Les déchirures cervicales annulaires ou en anse de seau sont des types rares. Nous rapportons notre vécu sur le cas d'un accouchement par voie basse à travers une déchirure cervicale annulaire.

## Présentation du cas

Il s'agissait d'une parturiente de 38 ans, G3P1011, à 40 semaines d'aménorrhée avec des antécédents de césarienne d'urgence indiquée pour état fœtal non rassurant et d'un avortement spontané à 7 semaines, sans notion de manipulation endo-utérine avec suites simples. La patiente ne présentait pas d'antécédent de prolapsus génital. Elle est porteuse du virus de l'hépatite B, avec un bon suivi. Le suivi de la grossesse était de bonne qualité. Un pelviscan réalisé à la 36<sup>e</sup> semaine révélait des dimensions correspondant à ceux d'un bassin gynécoïde selon la classification de Caldwell et Moloy.

Elle est venue consulter pour des douleurs lombopelviennes à type de contractions utérines évoluant depuis 24 heures environ. A l'échographie réalisée à 36 semaines d'aménorrhée + 2 jours, le diamètre bipariétal était de 86 mm et le poids fœtal était estimé à 3029 grammes, quantité de liquide amniotique normale. La projection sur le diagramme

de Magnin tombait en zone eutocique. Une épreuve de cicatrice a été autorisée chez la patiente. Un bilan préopératoire et une consultation pré-anesthésique ont été réalisés. À son arrivée, la patiente ne reconnaissait pas avoir pris des utéro toniques traditionnels (chose fréquente dans notre contexte), ni tout autre produit de la pharmacopée traditionnelle.

Le diagnostic de phase latente du travail a été posé sur la base de 3 contractions utérines en 10 minutes d'intensité 30-40 mm hg, durant environ 30 secondes. Le fœtus avait un axe longitudinal, les bruits du cœur fœtal étaient présents et réguliers. Au toucher vaginal, le col était postérieur, effacé à 50%, de consistance intermédiaire, dilaté à 2 cm. La présentation était céphalique, et la station à -2 ; membranes intactes. Le pelvis semblait adéquat au détroit supérieur et moyen mais au détroit inférieur, on avait une ogive pubienne aiguë. Au fur et à mesure, la dynamique utérine était bonne et la dilatation évoluant jusqu'à 6 cm, à station à 0 où une solution de continuité cervicale postérieure semi annulaire de 3 à 9 heures faisant protrusion dans le vagin a été retrouvée. Une césarienne d'urgence a été indiquée. Vingt minutes plus tard, il s'en suit un accouchement par voie basse sur table opératoire, qui a été réalisé à travers l'orifice nouvellement créé par la déchirure après épisiotomie médio-latérale. L'accouchement a permis la naissance d'un nouveau-né de sexe masculin, pesant 3480 g avec un score d'APGAR de 7, 8, 10 respectivement aux 1<sup>ère</sup>, 5<sup>e</sup> et 10<sup>e</sup> minute. La délivrance du placenta s'est faite aussi à travers la déchirure cervicale annulaire. Après administration de Sérum Glucosé 5% 500cc avec ocytocine 10 UI, 20 gouttes par minutes d'après les protocoles de service, le globe utérin était présent et on ne notait pas de saignement actif.

Un examen sous valve de la filière génitale a été réalisé au bloc opératoire après l'accouchement, sous anesthésie locorégionale. Les trouvailles étaient une déchirure cervicale circonférentielle d'environ 90 % avec juste un lambeau cervical inséré sur le col par un pédicule d'environ 2 cm à 12

heures. Le col était d'aspect œdématisé et ischémié, sans saignement actif (**Figure 1**).



**Figure 1:** déchirure cervicale annulaire avec un col ischémié et œdématisé

Une extension verticale de la déchirure était suspectée vu l'antécédent d'utérus cicatriciel. À cet effet, une laparotomie exploratrice d'urgence a été indiquée, les trousses péroopératoires étaient une hystérotomie segmentaire transversale basse intacte, un utérus intact, une absence d'ecchymose ou d'hématome du ligament large (**Figures 2 et 3**). La déchirure cervicale a été réparée. Les gestes posés étaient un débridement des berges nécrosées, sutures en points continus croisés du col au Vicryl N°1 (**Figures 4 et 5**).

La partie supra vaginale du col était intacte. Après réparation, l'hémostase était satisfaisante et les pertes sanguines minimales.

La patiente a été placée sous triple antibiothérapie à base de ceftriaxone 1 g en injection toutes les 12h, métronidazole 500mg en injection toutes les 8h et gentamycine 80mg, deux ampoules toutes les 24h pendant 5 jours ; elle a aussi été mise sous antiseptiques par voie vaginale et bain de siège.



**Figure 2:** face antérieure de l'utérus au cours de la laparotomie exploratrice



**Figure 3:** face postérieure de l'utérus au cours de la laparotomie exploratrice

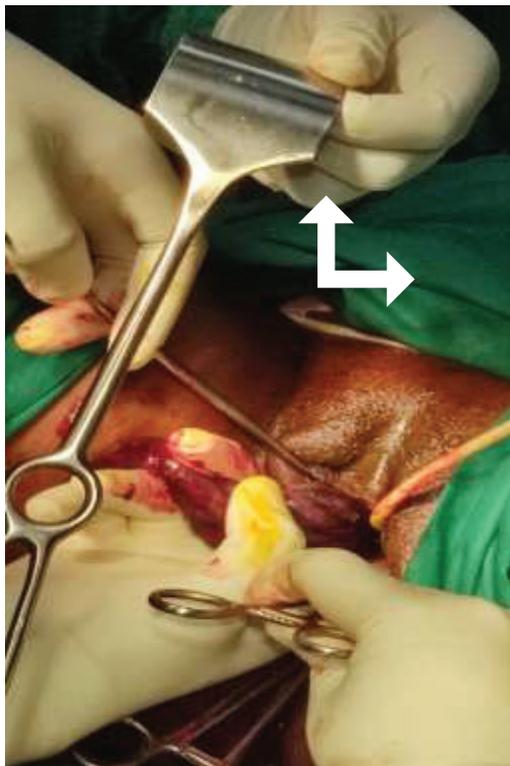


Figure 4: exérèse du lambeau cervical 1

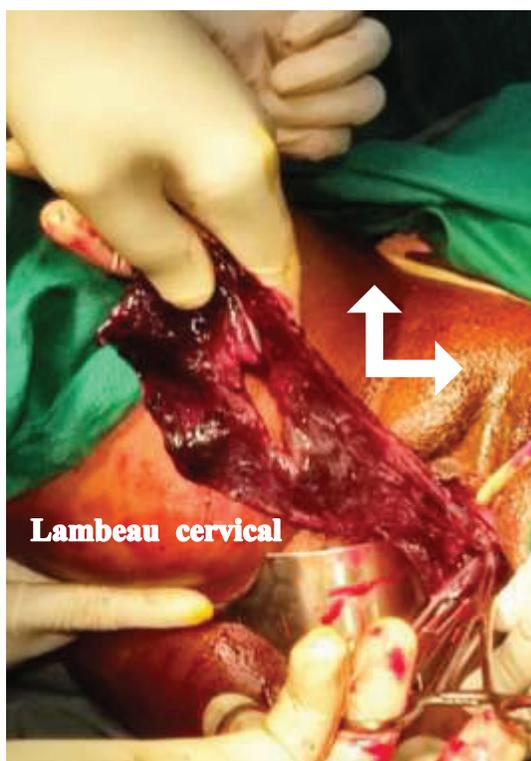


Figure 5: exérèse du lambeau cervical 2

Les suites postopératoires étaient simples. La maman et le bébé sont sortis au 5<sup>e</sup> jour post

opératoire en bonne santé apparente. Un rendez-vous a été donné 6 semaines plus tard pour une réévaluation du col. Après réflexion, il a été préconisé, un suivi dans un hôpital spécialisé, un cerclage cervico-isthmique et une césarienne élective, lors d'une grossesse ultérieure.

### Discussion

La déchirure cervicale, dont l'incidence est de 1,2 % des accouchements par voie basse, est l'une des complications indésirables de l'accouchement et l'une des causes principales de l'hémorragie post-partum. Les variantes connues sont Les déchirures cervicales en anse de panier, par avulsion partielles et en boutonnière [2]. La littérature portant sur cette complication est rare. Un accouchement sous induction par voie basse à travers une déchirure cervicale annulaire partielle a été décrit en Australie par Leah Mayne *et al.* [3]. Les facteurs de risque évoqués étaient une rupture précoce des membranes un travail prolongé, la nulliparité, l'utilisation d'ocytocine, une envie de pousser avant une dilatation complète et des antécédents de lacérations cervicales. Le travail prolongé pourrait être à l'origine d'une diminution des apports vasculaires au col utérin pouvant aboutir à une ischémie. L'utilisation d'ocytocine et une rupture précoce des membranes peuvent soumettre l'utérus de façon prolongé à des contractions de plus en plus intenses.

Les traumatismes cervicaux ou antécédents de chirurgie cervicale prédisposent aux déchirures cervicales annulaires par anomalie de la vascularisation cervicale, associé à une fibrose du col, le rendant résistant à la dilatation. Dans le cas que nous avons pris en charge, des envies de pousser à une dilatation de 6 centimètres se sont présentées. Des efforts expulsifs maternels avant dilatation complète peuvent entraîner des lésions cervicales liées au passage du mobile fœtal à travers un canal cervical trop étroit [4].

L'on pourrait aussi s'interroger sur la physiopathologie de la nécrose du tissu cervical observé. D'après une étude menée par InGraham *et*

al [5], une disproportion céphalo-pelvienne pourrait en être l'origine. Cette disproportion associée à des contractions utérines inadéquates pourrait agir sur le col et diminuer par là son élasticité et sa dilatation. La compression du tissu cervical entre la tête fœtale et le bassin osseux entraînerait une congestion avec trouble de la vascularisation cervicale, œdème et infiltration leucocytaire. Il peut s'en suivre une déchirure postérieure à la jonction cervico-isthmique qui va progressivement croître. Bhaktii et al en Inde [6] ont décrit un accouchement spontané par voie basse à travers une déchirure cervicale postérieure. Les facteurs de risque retrouvés chez cette patiente étaient un travail précipité et un poids de naissance supérieur à 3500g. Dans ce cas, le col est resté fermé contrairement à notre cas.

Les facteurs prédisposants retrouvés étaient un antécédent de césarienne d'urgence, cette notion d'œdème du col, avec une envie de pousser à dilatation incomplète sous l'effet de contractions utérines efficaces. En accord avec InGraham et al [5], nous pouvons expliquer cette déchirure par une compression du col entre la tête fœtale et le bassin, ce qui a dû entraîner un œdème, une ischémie tissulaire. Tout ceci suivi par la création d'une zone de faiblesse en postérieure puis d'une déchirure qui a permis plus tard l'expulsion du fœtus hors des annexes. Mayne et al. [3], Bhaktii et al. [6] ont opté pour un traitement conservateur avec suture du col de l'utérus. Les suites postpartum étaient simples pour chacune de leur patiente. Meghan et al. [7], dont la patiente présentait un utérus cicatriciel, a réalisé un accouchement par césarienne.

Les trouvailles peropératoires n'ont pas mis en évidence une rupture utérine latérale impliquant le ligament large. L'implication des déchirures cervicales partielles et annulaires sur les futures grossesses n'est pas bien connue. InGraham et al. en 1974 avait décrit un taux élevé d'avortements spontanés. Chez ces patientes pendant leur suivi, on a remarqué un raccourcissement du col [8]. Il n'existe pas de rapport objectif sur l'efficacité du cerclage cervical pour la poursuite de la grossesse après une déchirure annulaire. Cependant, un

cerclage cervical est un facteur de risque connu pour les déchirures cervicales verticales [3] et récemment Hulin et al. ont décrit une déchirure annulaire chez une patiente dont la grossesse avait été prise en charge par un cerclage cervical [9] dont une potentielle récurrence si cette technique est utilisée. Dans ces conditions, nous avons recommandé de procéder à des échographies prénatales en série, de mesurer la longueur du col par voie transvaginale pour les futures grossesses, en envisageant un cerclage cervico isthmique selon la technique de Benson, et de procéder à un accouchement par césarienne élective.

## Conclusion

Les déchirures cervicales annulaires partielles ou complètes sont rares et encore non maîtrisées dans notre contexte. Ce cas est l'un des rares rapportés ces dernières 50 années. Chez une patiente avec un col complètement effacé, la consistance toujours rigide doit être un signe d'alarme. À ce moment, une césarienne d'urgence doit être envisagée pour prévenir des complications.

## Contribution des auteurs

Pascale E. Mpono : **prise en charge du malade et rédaction de l'article** ; Vanina AKAM NGONO : **suivi post opératoire du malade et relecture de l'article**, Serge NYADA : **suivi post opératoire du malade et relecture de l'article**, Junie Annick NTSAMA METOGO : **relecture de l'article**, Yves Bertrand ONANA KASIA : **prise en charge chirurgicale du malade**, Corine TCHUISSEU : **prise en charge chirurgicale du malade**, Wilfried Loïc TATSIPIE : **relecture de l'article**, Claude Cyrille NOA NDOUA : **supervision lors de chirurgie, relecture de l'article**, Etienne BELINGA : **prise en charge chirurgicale du malade et relecture de l'article**

## Remerciements

Nous remercions tout le personnel de la salle d'accouchement, du bloc opératoire et du service d'hospitalisation d'obstétrique du Centre Hospitalier de Recherche et d'Application en Chirurgie Endoscopique et Reproduction Humaine. Votre engagement à dispenser des soins de qualité est notre force.

**Conflits d'intérêt** : aucun conflit d'intérêt n'a été déclaré entre les auteurs.

**Références**

1. Melamed N, Ben-Haroush A, Chen R, Kaplan B, Yogev Y. Intrapartum cervical lacerations: characteristics, risk factors, and effects on subsequent pregnancies. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2009; 200: e381–e384.
2. Fessehaye A, Asfaw M, Kitila H, et al. Bucket-handle cervical tear at term following oxytocin-induced vaginal delivery: a case report. *J. Med. Case Rep.* 2022;16(article 79)
3. Leah M, Anushu S, Mayooraan V. Partial annular cervical tear: a case report. *Case Rep Womens Health.* 2021 May 1, 31:e00320. doi:10.1016/j.crwh.2021.e00320.
4. Hsieh YY, Tsai HD, Chang CC, Yeh LS, Yang TC, Hsu TY. Precipitate delivery and postpartum hemorrhage after term induction with 200 micrograms misoprostol. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei).* 2000; 63(1):58-61.
5. Ingraham C, Taylor E. Spontaneous annular detachment of the cervix during labor. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1947;53(5):873-877
6. Bhaktii K, Madhu N. Cervical Tear: A rare route of delivery: Case report. *Int J Clin Obstet Gynaecol* 2020;4(1):251-252
7. Meghan G Hill, Sung WLT, Connolly LR, Dawson TE. Cervical avulsion during induced labour: diagnosis, intraoperative management and postoperative course. *BMJ Case Rep.* 2021 Oct 7;14(10): e244607
8. Uchil D, Kumakech W, Jolaoso A. Spontaneous vaginal delivery through an unusual posterior cervical tear. *J Obstet Gynaecol.* 2006; 26:263-4
9. Hulin C, Lang B, Stanley J, Davidson C. Occult cervical avulsion: a rare cause of intrapartum vaginal bleeding. *Case Rep. Obstet. Gynecol.* 2019:1–3.

