

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique



UNIVERSITE DES SCIENCES
DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO

Année universitaire 2023

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple- Un But- Une Foi



Faculté de Médecine et d'Odonto-
stomatologie

N°...../

Mémoire

APPORT DE L'ÉCHOGRAPHIE DANS LE DIAGNOSTIC D'UNE RETENTION INTRA- VAGINAL AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE II DU DISTRICT DE BAMAKO

Présentée et soutenue le.... /.... / 2024 devant le jury de la
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie par :

Docteur POUDIOUGO Nadjiyoulahi

Pour l'obtention du diplôme d'Université (DU) d'échographie générale

JURY

Président :	M. Adama Diaman KEITA, Professeur
Membre :	M. Mahamadou SISSOKO, Médecin
Co-directeur :	M. Mamadou N'DIAYE, Maître assistant
Directeur :	M. Mahamadou DIALLO, Professeur

DEDICACES

Au nom d'ALLAH le tout miséricorde, le très miséricorde.

A mes parents :

Vous aviez sacrifiée toute votre vie pour que nous devions ce que nous sommes aujourd'hui. Trouvez ici l'expression de notre gratitude et tout notre respect.

A mon épouse et mon enfant : qu'ALLAH nous assiste et nous comble de sa miséricorde dans un bonheur familial.

A mes frères et sœurs : merci pour vos soutiens pour une famille unie et solidaire.

REMERCIEMENTS

Aux corps professoral du DU d'échographie générale 2023 et du décanat de la faculté de médecine et d'odonto-stomatologie

Merci pour l'encadrement exemplaire.

Aux personnels du centre de santé de référence de la commune II, surtout ceux de l'unité de la radiologie ; Merci pour votre disponibilité et votre accompagnement.

HOMMAGES AUX HONORABLES MEMBRES DU JURY

A notre maitre et président du jury, Professeur Adama Diaman KEITA

- Professeur titulaire de Radiologie et d'Imagerie Médicale à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie de Bamako
- Spécialiste en Radiodiagnostic et Imagerie Médicale
- Spécialiste en Imagerie médico-légale et Parasitaire
- Chef de Service de Radiologie et d'Imagerie Médicale du Centre Hospitalier Universitaire du Point G
- Ancien Recteur de l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologiques de Bamako (USTTB)
- Membre de plusieurs sociétés savantes nationales et internationales de Radiologie Médicale.

Cher maitre,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Votre disponibilité, votre simplicité, votre rigueur scientifique et votre sens social élevé font de vous l'un des maitres les plus appréciés. Veuillez accepter ici, cher maitre, le témoignage de notre profonde admiration et nos remerciements.

A notre maitre et Membre du Jury, Dr Mahamadou SISSOKO

➤ Médecin spécialiste en Radiologie et d'Imagerie Médicale

Cher maitre,

Malgré vos occupations multiples vous nous avez accepté, dans votre service, et de conduire nos premiers pas en échographie Nous avons été séduits par votre disponibilité et votre simplicité de transmettre vos connaissances. Ce travail que nous présentons est le vôtre aussi Recevez ici l'expression de toute notre gratitude et nos sincères remerciements.

A notre maitre et Co-directeur, Dr Mamadou N'DIAYE

- Maître assistant en imagerie Médicale à la FMOS ;
- Colonel de l'armée Malienne ;
- Chef de l'unité d'imagerie médicale des forces Armées du Mali.

Cher maitre,

Nous vous remercions pour la spontanéité et la simplicité avec lesquelles vous avez accepté de siéger dans ce jury.

Vos qualités de radiologue, pétri d'expertise, couplé à vos qualités humaines fortement appréciés de tous, font de vous un médecin exceptionnel.

Recevez ici l'expression de notre profonde gratitude.

A notre maitre et directeur de mémoire, Professeur Mahamadou DIALLO

- Professeur titulaire de Radiologie et d'Imagerie Médicale à la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako et coordinateur du Diplôme Universitaire d'Echographie Générale
- Spécialiste en Radiodiagnostic et Imagerie Médicale
- Expert en Radioprotection et Sureté des sources de rayonnement
- Chef de service de Radiologie et d'Imagerie Médicale du Centre Hospitalier Gabriel Touré
- Membre de plusieurs sociétés savantes nationales et internationales de Radiologie

Cher maitre,

Nous ne cesserons jamais de vous remercier de nous avoir offert cette opportunité. Votre disponibilité, votre modestie et votre rigueur scientifique font de vous une référence. Veuillez agréer cher maitre l'expression de notre profonde reconnaissance.

TABLE DE MATIERES

I. INTRODUCTION	1
II. OBJECTIFS	3
1. Objectif spécifique	3
2. Objectifs générales.....	3
III. GENERALITES	4
1) Définition	4
2) Incidence	4
3) Facteurs de risques.....	5
4) Rappel embryologique	6
a) Embryologie.....	6
b) Anatomie.....	6
5) Physiopathologie de la rétention intra-vaginale	9
6) Malformations associées.....	11
7) Diagnostic	12
7.1. Diagnostic positif.....	12
7.2. Imageries : échographie et IRM	13
7.3. Bilan biologique	14
7.4. Diagnostic différentiel	15
8) Prise en charge (3)	16
IV. METHODES ET MATERIELS	19
1. Méthodologie	19
1.1- Lieu d'étude	19
1.2 Type d'étude	19

1.3 Période d'étude	19
2. Matériels	20
3. Intérêt de l'étude	20
V. OBSERVATION DU CAS	22
VI. DISCUSSION	24
VII. CONCLUSION	26
VIII. RECOMMANDATIONS	27
REFERENCES	29
FICHE SIGNALITIQUE	31

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Anatomie de l'utérus, de la trompe et de l'ovaire (Netter)	6
Figure 2 : voies génitales internes à la sixième semaine de gestation.	7
Figure 3 : formation de la cavité vaginale.....	8
Figure 4 : Coupe sagittale échographique	22
Figure 5 : coupe sagittale échographique pubienne	23
Figure 6 : a : coupe sagittale échographique sus-pubienne avec mensuration de la rétention intra vaginale. b : coupe transnversale échographie sus-pubienne montrant l'utérus.	23

I. INTRODUCTION

La rétention intra-vaginale se réfère à la présence non désirée d'un objet ou d'une substance à l'intérieur du vagin, entraînant des symptômes variés et parfois sévères (1). Cette condition peut inclure la rétention de corps étrangers tels que des tampons, des dispositifs intra-utérins (DIU) mal positionnés, des produits de conception après un accouchement ou une fausse couche, ainsi que des masses tumorales ou des anomalies congénitales (1). Le diagnostic précis et rapide est essentiel pour éviter des complications graves telles que des infections, des douleurs chroniques, des troubles menstruels, saignement anormaux et complications psychologiques (2).

Dans le monde, des études indiquent que les incidents de rétention de corps étrangers, notamment de tampons et de DIU, sont relativement fréquents, en particulier chez les femmes en âge de procréer. On estime qu'environ 1 à 2% des femmes en âge de procréer rencontreront un épisode de rétention intra-vaginale au cours de leur vie (3).

En Europe, la prévalence de la rétention intra-vaginale varie d'un pays à l'autre. Les cas de rétention de DIU mal positionnés et de tampons oubliés sont rapportés, avec une incidence estimée de 1,5% parmi les utilisatrices de tampons et de DIU(4). Les systèmes de santé bien établis et les campagnes de sensibilisation sur l'hygiène menstruelle contribuent à réduire ces incidents, mais ils persistent en nombre non négligeable. Aux États-Unis, la prévalence des rétentions intra-vaginales est bien documentée grâce à des systèmes de santé robustes et des bases de données médicales (5). Les cas de tampons oubliés sont parmi les plus courants, représentant environ 1,4% des visites gynécologiques annuelles. Les dispositifs intra-utérins mal positionnés ou retendus sont également fréquents, affectant environ 0,7% des utilisatrices de DIU chaque année.

Enfin, Dans les pays africains, la prévalence de la rétention intra-vaginale est souvent plus élevée, en raison de facteurs tels que le manque d'accès aux soins de santé, une éducation sanitaire insuffisante, et des pratiques d'hygiène menstruelle

inadéquates. Au Mali, par exemple, environ 3 à 4% des femmes en âge de procréer sont susceptibles de souffrir de rétention de produits de conception après des accouchements ou des fausses couches, ce qui souligne le besoin crucial d'outils diagnostiques efficaces comme l'échographie pour une gestion adéquate(6).

II. OBJECTIFS

1. Objectif spécifique

- Décrire l'apport de l'échographie dans le diagnostic d'une rétention intra-vaginale.

2. Objectifs générales

- Décrire l'observation du cas clinique d'une rétention intra-vaginale;
- Déterminer la symptomatologie échographique du cas clinique ;
- Déterminer les difficultés diagnostics ;
- Donner la prise en charge.

III. GENERALITES

1) Définition

La rétention intra-vaginale se réfère à la présence non désirée d'un objet ou d'une substance à l'intérieur du vagin, entraînant des symptômes variés et parfois sévères. Cette condition peut inclure la rétention de corps étrangers tels que des tampons, des dispositifs intra-utérins (DIU) mal positionnés, des produits de conception après un accouchement ou une fausse couche, ainsi que des masses tumorales ou des anomalies congénitales. Le diagnostic précis et rapide est essentiel pour éviter des complications graves telles que des infections, des douleurs chroniques, et des troubles menstruels(2).

2) Incidence

L'incidence de la rétention intra-vaginale, bien que variable selon les régions et les contextes de soins, peut être analysée à travers différents types de rétentions et leurs conséquences cliniques.

Rétention de Corps Étrangers (Tampons et DIU) (1):

- **Tampons oubliés** : Environ 1 à 2% des femmes en âge de procréer ont signalé avoir oublié un tampon au moins une fois, entraînant des consultations médicales pour des symptômes tels que des odeurs désagréables, des saignements irréguliers, et des douleurs pelviennes.
- **Dispositifs Intra-Utérins (DIU)** : L'incidence des DIU mal positionnés ou rétentus est estimée à environ 0,7% des utilisatrices annuellement. Ces incidents nécessitent souvent des interventions médicales pour le repositionnement ou le retrait du dispositif.

Rétention de Produits de Conception(3) :

- Après un accouchement ou une fausse couche, la rétention de produits de conception non expulsés peut survenir dans environ 1 à 5% des cas, selon les études. Cela peut entraîner des saignements

prolongés, des infections et nécessiter des interventions chirurgicales ou médicales pour l'évacuation complète.

✚ **Rétention de Masse Tumorale ou Anomalies Congénitales (3):**

- Bien que moins fréquente, la rétention intra-vaginale due à des masses tumorales ou des anomalies congénitales est une cause notable, surtout dans les populations avec un accès limité aux soins de santé. La prévalence de ces conditions spécifiques varie considérablement mais reste une cause significative de morbidité dans certaines régions.

Conséquences Cliniques(2)

- **Infections** : Jusqu'à 30% des femmes avec une rétention de tampon développent une vaginite bactérienne. Des infections plus graves peuvent survenir si la rétention n'est pas traitée rapidement.
- **Douleurs et Inconforts** : Environ 25% des femmes signalent des douleurs pelviennes associées à des corps étrangers intra-vaginaux.
- **Saignements Anormaux** : 20% des cas de rétention intra-vaginale présentent des saignements vaginaux anormaux.

3) Facteurs de risques

La rétention intra-vaginale peut être influencée par divers facteurs de risque qui augmentent la probabilité de survenue de cette condition. Ces facteurs incluent des éléments liés à la santé reproductive, aux pratiques d'hygiène, aux antécédents médicaux et aux comportements individuels(2).

4) Rappel embryologique

a) Embryologie

L'appareil génital interne se développe depuis la 6^e semaine de gestation à partir des canaux de Wolff et des canaux de Müller. Chez l'embryon féminin, l'absence de testostérone induit une involution des canaux de Wolff, à l'exception de leur partie caudale qui participe à la formation du vagin (7). Les canaux de Müller vont permettre la formation de l'utérus et des trompes utérines.

b) Anatomie

Les organes génitaux internes féminins sont composés par un utérus, deux ovaires et deux trompes utérines. Les trompes utérines sont des conduits musculo-membraneux d'environ 10 à 12 cm de longueur. Elles prolongent latéralement les cornes utérines. Le ligament large, composé de 2 feuillets péritonéaux tapissant les faces de l'utérus, relie cet organe à la paroi pelvienne. Les trompes utérines sont situées dans le mesosalpynx qui correspond à la partie supérieure du ligament large. On distingue 4 segments anatomiques tubaires : le segment interstitiel (dans l'épaisseur de la paroi utérine) l'isthme tubaire, l'ampoule et l'infundibulum.

La vascularisation se fait à partir des artères utérines et ovariennes (8).

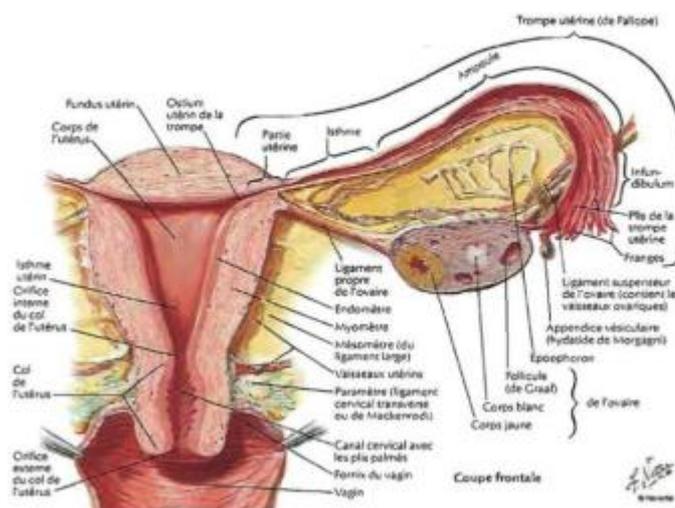


Figure 1 : Anatomie de l'utérus, de la trompe et de l'ovaire (Netter)

L'appareil génital interne se développe depuis la 6ème semaine de gestation à partir des canaux mésonéphrotiques de Wolff et des canaux paramésonéphrotiques de Müller.

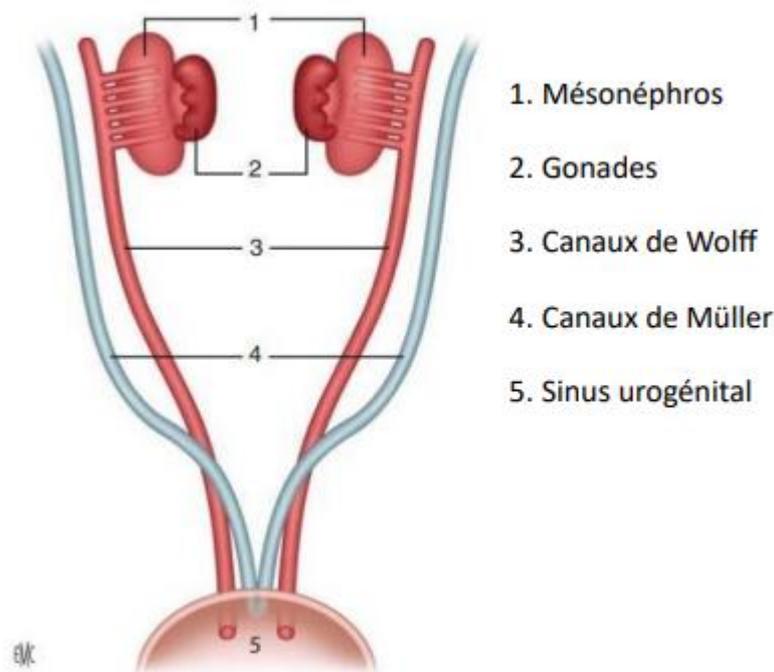


Figure 2 : voies génitales internes à la sixième semaine de gestation (9).

Les canaux de Wolff s'étendent du mésonéphros jusqu'à la face postérieure du cloaque dans le sinus urogénital et ont donc une extension cranio-caudale jusqu'au sinus urogénital. Les canaux de Müller sont une invagination de l'épithélium coelomique. Ils sont ouverts dans la cavité coelomique à leur extrémité supérieure. Ils se développent en dehors des canaux de Wolf et parallèles à eux. Ils les croisent ventralement et s'accolent caudalement sur la ligne médiane, pour former un utérus primaire en forme de Y. L'extrémité inférieure de cet utérus primaire n'atteint pas le sinus urogénital. Les canaux de Müller restent initialement séparés par un septum et fusionnent ultérieurement pour former la cavité utérine. Leurs extrémités libres s'ouvrent dans la cavité coelomique et donnent les trompes. Le développement des canaux de Müller est induit par la présence des canaux de Wolff (figure 2). Chez la fille, en l'absence d'hormone antimüllérienne (AMH), les canaux de Wolff dégénèrent à partir de la 8e semaine de gestation. Leur partie

inférieure persiste et participe à la formation du vagin. L'appareil génital interne se développe à partir des canaux de Müller.

Leurs parties craniales restent ouvertes dans la cavité coelomique et donne les pavillons tubaires, leurs parties moyennes correspondent aux trompes et entraînent des replis péritonéaux correspondant aux ligaments larges et leurs parties distales, dénommées canal utéro vaginal, forment l'utérus et la partie supérieure du vagin (9).

A. Entrée en contact des tubercules de Müller avec le sinus urogénital

B. Formation de la cavité vaginale

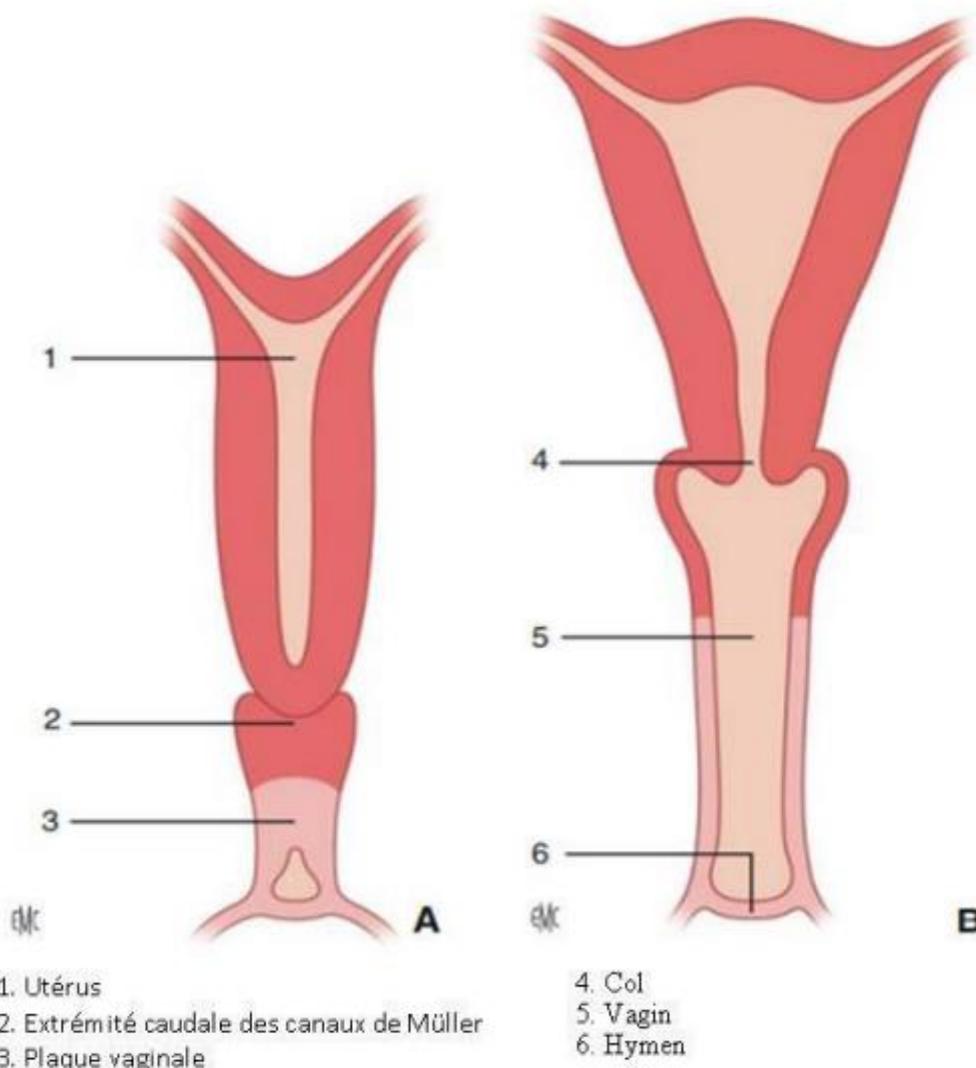


Figure 3 : formation de la cavité vaginale (9).

L'hématocolpos correspond à une anomalie des organes génitaux internes liée embryologiquement à une anomalie de développement des canaux de Müller et de leurs dérivés.

L'embryologie du vagin est controversée. La participation respective des canaux de Wolff, des canaux de Müller et du sinus urogénital varie selon les différentes théories. Dans la théorie la plus largement utilisée, la partie supérieure du vagin dérive des canaux de Müller et la partie inférieure du vagin dérive du sinus urogénital. Dans d'autres théories qui s'appuient sur des études moléculaires, l'épithélium vaginal dériverait intégralement du sinus urogénital. Les bulbes sino vaginaux, issus d'excroissances en regard du tubercule mullerien, vont proliférer à l'extrémité inférieure du canal utéro-vaginal et constituer la plaque vaginale. La plaque va ensuite s'accroître de haut en bas, éloignant l'ébauche utérine et le sinus urogénital puis se creuser de bas en haut entre la 11ème semaine et la fin du 5ème mois pour former la cavité vaginale.

L'association fréquente des malformations urinaires et des anomalies génitales est expliquée par le lien étroit entre embryogénèse urinaire et génitale.

5) Physiopathologie de la rétention intra-vaginale

La rétention intra-vaginale implique la persistance involontaire d'un objet ou d'une substance à l'intérieur du vagin. Ce phénomène peut conduire à une série de processus physiopathologiques qui varient selon la nature et la durée de la rétention, ainsi que la réponse immunitaire et inflammatoire du corps.

❖ Introduction et Persistance d'un Corps Étranger

Lorsqu'un objet (tel qu'un tampon, un DIU, ou un autre corps étranger) est introduit dans le vagin et n'est pas retiré comme prévu, il reste en place pendant une période prolongée. Cela peut être dû à un oubli, à un mauvais positionnement, ou à une insertion involontaire.

❖ Réaction Inflammatoire Locale

La présence d'un corps étranger déclenche une réaction inflammatoire locale. Le système immunitaire reconnaît l'objet comme non soi et envoie des cellules immunitaires (telles que les neutrophiles, les macrophages et les lymphocytes) pour tenter de neutraliser et éliminer l'objet.

- **Inflammation aiguë** : Dans les premières heures ou jours, une inflammation aiguë se développe, caractérisée par une vasodilatation, une augmentation de la perméabilité vasculaire, et une infiltration de cellules inflammatoires.
- **Formation d'un exsudat** : Cette réaction inflammatoire entraîne la production de sécrétions vaginales (exsudat) contenant des protéines plasmatiques, des leucocytes et des débris cellulaires.

❖ Infection Bactérienne

Si le corps étranger reste en place, l'environnement humide et chaud du vagin favorise la croissance bactérienne. Les bactéries pathogènes peuvent proliférer, conduisant à une infection.

- **Vaginite bactérienne** : L'infection peut entraîner une vaginite bactérienne, marquée par des symptômes tels que des sécrétions vaginales anormales, des odeurs désagréables, des douleurs et des irritations.
- **Infections ascendantes** : Si l'infection n'est pas traitée, elle peut se propager vers l'utérus, les trompes de Fallope, et même la cavité pelvienne, causant des complications graves comme la maladie inflammatoire pelvienne (MIP).

❖ Réactions Tissulaires et Complications

La persistance de l'inflammation et de l'infection peut entraîner des modifications tissulaires et des complications supplémentaires :

- **Formation de granulation et de tissu cicatriciel** : Une inflammation prolongée peut entraîner la formation de tissu de granulation et de cicatrices, pouvant causer des adhérences et des sténoses vaginales.
- **Nécrose tissulaire** : Une infection sévère peut provoquer une nécrose tissulaire locale, nécessitant parfois une intervention chirurgicale pour retirer le tissu nécrotique.

6) Malformations associées

Elles peuvent varier en fonction de la cause sous-jacente de l'obstruction des voies génitales. Voici quelques-unes des malformations congénitales et des anomalies anatomiques qui peuvent être associées à une rétention intra-utérine :

- **Impérforation de l'hymen** : C'est l'une des causes les plus fréquentes d'hématocolpos chez les adolescentes. Dans cette condition, l'hymen, la membrane mince qui recouvre l'ouverture vaginale, ne présente pas d'ouverture ou présente une ouverture très petite, ce qui entraîne une accumulation de sang menstruel dans la cavité vaginale.
- **Malformations utérines** : Certaines malformations utérines, telles que l'utérus bicorne, l'utérus didelphe ou l'utérus septé, peuvent être associées à l'hématocolpos. Ces anomalies peuvent affecter la structure de l'utérus et des voies génitales adjacentes, entraînant des problèmes de drainage du sang menstruel et conduisant éventuellement à l'accumulation de sang dans la cavité vaginale.
- **Malformations de Müller** : Les malformations de Müller sont des anomalies du développement des canaux de Müller qui peuvent entraîner des défauts anatomiques dans les voies génitales féminines. Ces malformations peuvent inclure l'absence partielle ou totale de développement des structures utérines, cervicales ou vaginales, ce qui peut contribuer à l'obstruction des voies génitales et à l'hématocolpos.

- **Syndrome de Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) :** Ce syndrome est une malformation congénitale rare caractérisée par une absence congénitale de l'utérus et du vagin. Les patientes atteintes de ce syndrome peuvent présenter une impéroration de l'hymen, ce qui peut entraîner l'accumulation de sang menstruel dans la cavité vaginale et conduire à l'hématocolpos.
- **Sténose cervicale :** Une sténose cervicale, caractérisée par un rétrécissement ou une obstruction du col de l'utérus, peut également entraîner une accumulation de sang menstruel dans la cavité vaginale et causer l'hématocolpos.

7) Diagnostic

7.1. Diagnostic positif

La découverte d'une rétention intra-vaginale peut se faire dans différentes circonstances cliniques et non cliniques. Le diagnostic positif repose souvent sur une combinaison de symptômes cliniques, d'examen physique, et de techniques d'imagerie. Voici les principales circonstances de découverte d'une rétention intra-vaginale :

a) Symptômes Cliniques

Les patients peuvent consulter un médecin pour divers symptômes qui, après évaluation, révèlent une rétention intra-vaginale. Les symptômes fréquents incluent :

- **Douleurs pelviennes ou abdominales :** Les douleurs peuvent être constantes ou intermittentes et sont souvent exacerbées lors des rapports sexuels (dyspareunie).
- **Saignements vaginaux anormaux :** Cela peut inclure des saignements intermenstruels, des ménorragies (règles abondantes), ou des métrorragies (saignements irréguliers).

- **Sécrétions vaginales anormales** : Souvent malodorantes, pouvant être épaisses, purulentes ou sanglantes.
- **Inconfort ou pression vaginale** : Sensation de corps étranger ou de gêne persistante dans la région vaginale.

b) Examen clinique

Interrogatoire : antécédents médicaux, en particulier ses antécédents gynécologiques et menstruels ; l'âge de la ménarche, la régularité des menstruations, la présence de douleurs pelviennes.

Examen abdominal : palpe l'abdomen pour rechercher d'éventuelles masses ou distensions.

Examen Pelvien : Un examen physique permet souvent de détecter la présence de corps étrangers dans le vagin. Le professionnel de santé peut visualiser et palper l'objet retenu.

Examen spéculaire : L'utilisation d'un spéculum permet une meilleure visualisation de la cavité vaginale et peut faciliter l'identification de corps étrangers.

Les manifestations cliniques de la rétention intra-vaginale sont variées et peuvent inclure :

- **Douleurs pelviennes et abdominales** : Causées par l'inflammation et la pression exercée par le corps étranger.
- **Saignements vaginaux anormaux** : Résultant de l'irritation et des lésions tissulaires.
- **Sécrétions vaginales anormales** : Souvent malodorantes et purulentes, indicatives d'une infection bactérienne.
- **Fièvre et malaise général** : En cas d'infection systémique.

7.2. Imageries : échographie et IRM

L'échographie est l'outil de choix pour le diagnostic de la rétention intra-vaginale, mais d'autres méthodes d'imagerie peuvent aussi être utiles :

✚ Échographie Pelvienne :

Permet de visualiser les structures internes et de détecter la présence de corps étrangers ou de produits de conception retenus. Elle est non invasive et largement disponible.

✚ IRM (Imagerie par Résonance Magnétique) :

Utilisée dans des cas plus complexes où l'échographie ne fournit pas des informations suffisantes.

✚ Tomodensitométrie (CT Scan) :

Moins couramment utilisée pour cette indication, mais peut être utile dans certains contextes cliniques complexes.

7.3. Bilan biologique

En cas de suspicion de rétention intra-vaginale, un bilan biologique est souvent nécessaire pour évaluer l'état de la patiente, détecter les complications potentielles et guider le traitement. Voici les principaux examens biologiques recommandés :

Hémogramme complet (Numération Formule Sanguine - NFS) : Pour détecter une anémie potentielle due à des saignements vaginaux prolongés ou abondants.

Dosage des marqueurs inflammatoires : Des tests tels que la protéine C-réactive (CRP) et la vitesse de sédimentation des érythrocytes (VSE) peuvent être réalisés pour évaluer la présence et le degré d'inflammation.

Analyses Spécifiques selon le Contexte Clinique :

- **Beta-hCG :** Chez les femmes en âge de procréer, pour exclure une grossesse ectopique ou une rétention de produits de conception.
- **Sérologies :** Pour des infections spécifiques comme les MST (Chlamydia, Gonorrhée, VIH, Syphilis) si cliniquement indiqué.

Temps de Prothrombine (TP) et Temps de Céphaline Activée (TCA) : Pour évaluer la coagulation sanguine, surtout en cas de saignements anormaux.

7.4. Diagnostic différentiel

➤ Infections Vaginales et Pelviennes

- **Vaginite Bactérienne** : Caractérisée par des sécrétions vaginales malodorantes, souvent avec une odeur de poisson, et une irritation vaginale. La culture des sécrétions peut aider à identifier les bactéries spécifiques impliquées.
- **Candidose Vaginale** : Présente des sécrétions épaisses et blanches, accompagnées de démangeaisons sévères et d'irritation.
- **Trichomonase** : Une infection sexuellement transmissible (IST) causée par *Trichomonas vaginalis*, provoquant des sécrétions vaginales mousseuses, souvent verdâtres, et une odeur désagréable.

➤ Maladies Inflammatoires Pelviennes (MIP)

- **Endométrite** : Inflammation de la muqueuse utérine, souvent post-partum ou post-avortement, caractérisée par des douleurs pelviennes, des saignements irréguliers et des sécrétions purulentes.
- **Salpingite** : Inflammation des trompes de Fallope, pouvant provoquer des douleurs abdominales, de la fièvre, et des sécrétions vaginales anormales.

➤ Corps Étrangers Non Intra-Vaginaux

- **DIU Déplacé** : Un dispositif intra-utérin mal positionné ou partiellement expulsé peut provoquer des douleurs et des saignements similaires à ceux observés dans une rétention intra-vaginale.
- **Objets Introduits Accidentellement** : Objets insérés dans le vagin par erreur ou à des fins sexuelles peuvent être confondus avec des corps étrangers intra-vaginaux.

➤ Affections Gynécologiques Structurelles

- **Polypes Cervicaux ou Endométriaux** : Excroissances bénignes du col de l'utérus ou de l'endomètre qui peuvent provoquer des saignements intermenstruels et des sécrétions anormales.

- **Fibromes Utérins** : Tumeurs bénignes du muscle utérin pouvant causer des douleurs pelviennes et des saignements abondants.

➤ **Pathologies Oncologiques**

- **Cancer du Col de l'Utérus** : Peut se manifester par des saignements vaginaux anormaux, des sécrétions malodorantes et des douleurs pelviennes. Un frottis cervical et une biopsie peuvent être nécessaires pour le diagnostic.
- **Cancer de l'Endomètre** : Surtout chez les femmes post-ménopausées, se manifestant par des saignements vaginaux et des sécrétions anormales.

➤ **Conditions Urinaires**

- **Infection Urinaire** : Symptômes de dysurie, douleurs pelviennes et sécrétions vaginales, pouvant imiter ceux de la rétention intra-vaginale.
- **Fistule Vésico-Vaginale** : Communication anormale entre la vessie et le vagin, entraînant des fuites urinaires par le vagin et des sécrétions anormales.

➤ **Troubles Fonctionnels**

- **Syndrome de la Vulvodynie** : Douleur vulvaire chronique sans cause identifiable, pouvant être confondue avec la douleur due à une rétention intra-vaginale.
- **Dyspareunie** : Douleur pendant les rapports sexuels due à diverses causes, y compris la rétention intra-vaginale.

8) Prise en charge (3)

Le traitement de la rétention intra-vaginale vise à retirer le corps étranger, traiter toute infection associée et prévenir les complications.

Retrait du Corps Étranger

- **Retrait Manuel** : Dans la plupart des cas, le corps étranger peut être retiré manuellement par un professionnel de santé lors d'un examen pelvien.

L'utilisation d'un spéculum peut être nécessaire pour une meilleure visualisation et un accès plus facile.

- **Anesthésie Locale** : Si le retrait manuel est douloureux, une anesthésie locale peut être utilisée pour soulager l'inconfort.
- **Retrait Chirurgical** : Dans des cas complexes où le corps étranger est difficile à atteindre ou si des complications comme des adhérences sont présentes, une intervention chirurgicale peut être nécessaire. Cela peut se faire par voie vaginale ou, dans des cas rares, par voie laparoscopique ou abdominale.

Traitement des Infections (10)

- **Antibiothérapie Empirique** : En présence de signes d'infection (fièvre, sécrétions purulentes, douleur), une antibiothérapie empirique est souvent commencée en attendant les résultats des cultures. Les antibiotiques couramment utilisés incluent les céphalosporines, les fluoroquinolones et les clindamycines.
- **Culture et Sensibilité** : Les sécrétions vaginales doivent être prélevées pour des cultures afin d'identifier l'agent pathogène et de tester la sensibilité aux antibiotiques, permettant d'ajuster le traitement en conséquence.

Gestion des Complications

- **Débridement** : Si une infection sévère ou une nécrose tissulaire est présente, un débridement chirurgical peut être nécessaire pour enlever le tissu nécrotique et permettre une meilleure guérison.
- **Drainage des Abscesses** : Si des abcès pelviens se forment, un drainage percutané ou chirurgical peut être requis.

Suivi et Prévention

- **Suivi Clinique** : Les patients doivent être suivis de près pour s'assurer de la résolution de l'infection et de la guérison complète des tissus.

- **Éducation** : Les patients doivent être éduqués sur la prévention de futurs incidents de rétention intra-vaginale, y compris l'importance de suivre les instructions d'utilisation des dispositifs intra-vaginaux (comme les tampons et les DIU) et de consulter rapidement en cas de symptômes anormaux.

Mesures Adjuvantes

- **Analgésiques** : Des analgésiques peuvent être prescrits pour gérer la douleur associée à l'inflammation et au retrait du corps étranger.
- **Anti-inflammatoires** : Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) peuvent aider à réduire l'inflammation et la douleur.

IV. METHODES ET MATERIELS

1. Méthodologie

1.1- Lieu d'étude

L'étude s'est déroulée au Centre de Santé de Référence (CS Réf) de la Commune II du District de Bamako, qui se trouve au quartier zone industrielle.

Le Centre de Santé de Référence de la commune II est composé d'une administration dirigée par un médecin chef et de plusieurs services:

- Un service de Gynéco-obstétrique
- Un service de pédiatrie
- Un service de médecine générale
- Un service de chirurgie
- Un service de radiologie
- Un service de laboratoire biomédical
- Un service d'Odonto-Stomatologie
- Un service d'ORL
- Un service d'ophtalmologie
- Une unité de programme élargi de vaccination

Le centre fonctionne avec 213 travailleurs. La commune II est composée de 13 quartiers et une population générale selon INSTAT à 3 529 300 Habitants en 2020. Elle est limitée à l'est par le cours du marigot Korofina, à l'ouest par le boulevard du peuple passant devant l'IOTA traversant le grand marché jusqu'au pont des martyrs, au nord par le pied de la colline du point G et au sud par le fleuve Niger.

1.2 Type d'étude

Il s'est agi d'une observation de cas.

1.3 Période d'étude

Notre observation s'est déroulée du 1^{er} Août au 30 Janvier 2024.

2. Matériels

- Deux (2) échographes de marque Mindray et Haiying avec doppler inclus chacun de deux sondes un linéaire et l'autre convexe,
- Des radiologues, un manipulateur et une secrétaire
- Une table d'échographie,
- Un bureau de secrétariat avec un ordinateur, une imprimante, un registre de patients et trois fauteuils.



Les deux échographies du centre

3. Intérêt de l'étude

L'étude d'une rétention intra-vaginale revêt plusieurs intérêts cliniques, scientifiques et sociaux :

- ❖ **Amélioration de la prise en charge clinique** : Comprendre les mécanismes, les causes et les manifestations cliniques d'une rétention intra-vaginale permet d'améliorer la prise en charge clinique de cet état. Cela inclut le diagnostic précoce, la gestion appropriée des symptômes et des complications, ainsi que le développement de stratégies de traitement efficaces.

- ❖ **Prévention des complications** : Une meilleure connaissance d'une rétention intra-vaginale permet de prévenir les complications potentielles telles que l'infection, l'obstruction urinaire et les lésions tissulaires. Cela peut réduire le fardeau de morbidité associé à cette condition et améliorer les résultats cliniques des patients.
- ❖ **Optimisation des stratégies de traitement** : La recherche sur d'une rétention intra-vaginale permet d'identifier les meilleures pratiques en matière de traitement, y compris les approches chirurgicales, médicales et préventives. Cela permet d'optimiser les stratégies de traitement pour assurer une prise en charge efficace et sûre des patients.
- ❖ **Éducation et sensibilisation** : En sensibilisant les professionnels de la santé, les patients et le grand public d'une rétention intra-vaginale, on peut promouvoir une meilleure reconnaissance et une meilleure compréhension de cette condition. Cela peut conduire à des diagnostics plus précoces, à une meilleure orientation des patients et à une réduction de la stigmatisation associée aux problèmes gynécologiques.
- ❖ **Avancement de la recherche scientifique** : L'étude d'une rétention intra-vaginale contribue à l'avancement des connaissances scientifiques dans le domaine de la gynécologie et de la médecine reproductive. Cela peut conduire à de nouvelles découvertes sur les mécanismes pathologiques, les facteurs de risque et les interventions thérapeutiques pour améliorer la santé des femmes.

V. OBSERVATION DU CAS

Il s'agit d'une patiente âgée de 25 ans mariée et ménagère, multipare, reçue en consultation de gynécologie au centre de santé de référence de la commune II avec des symptômes de douleurs pelviennes, des saignements vaginaux anormaux et une sensation de masse intra-vaginale; elle est à G2P2V2 sans ATCD médico-chirurgicale connu chez qui l'examen en gynécologique a retrouvé une masse au TV suite auquel une échographie a été réalisé qui a révélé la présence d'une rétention intra-vaginale. A l'examen clinique, elle avait un bon état général, les conjonctives colorées, la conscience bonne, les seins étaient paires symétriques anodulaires (caractères sexuels secondaires développés), elle était apyrétique, normo-tendue ; la pression artérielle : 120/70mm, La température 37,1° C, le pouls à 86 pulsations par minute. La patiente a été traité par incision et évacuation de l'hématome.

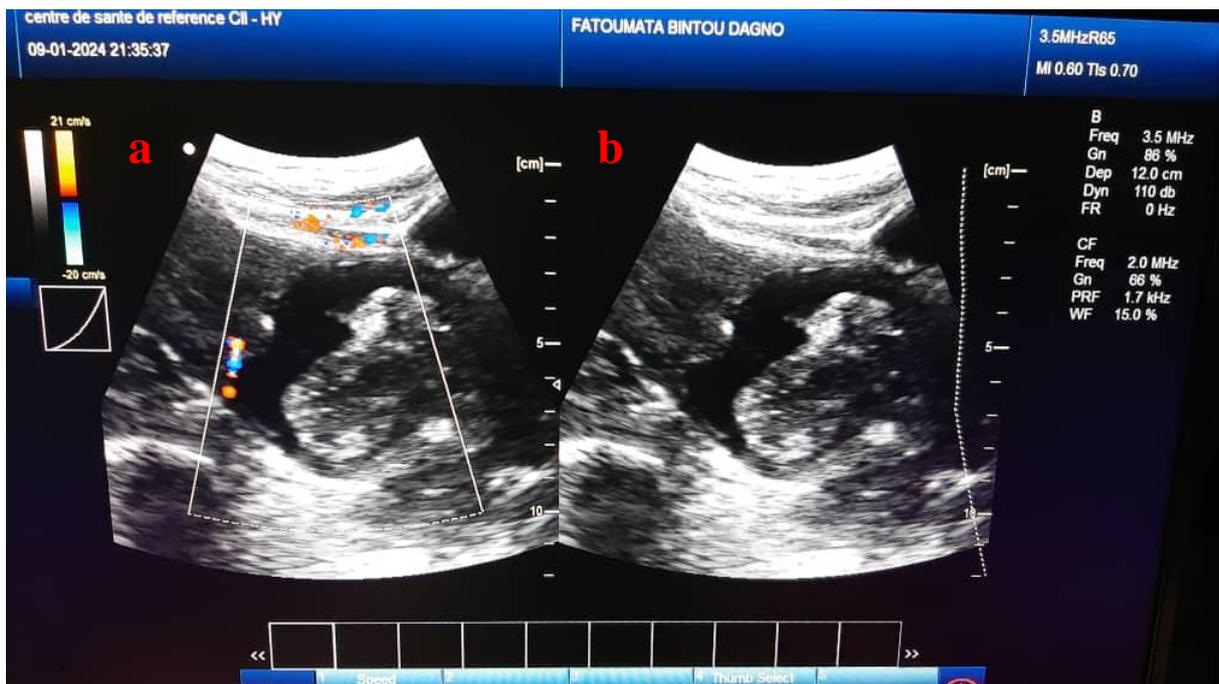


Figure 4 : Coupe sagittale échographique

Image mixte a majorité solide échogène hétérogène par des plages calciques baignant dans un épanchement liquidien anéchogène bien limité siégeant dans la cavité vaginale en contact avec le col vascularisé.

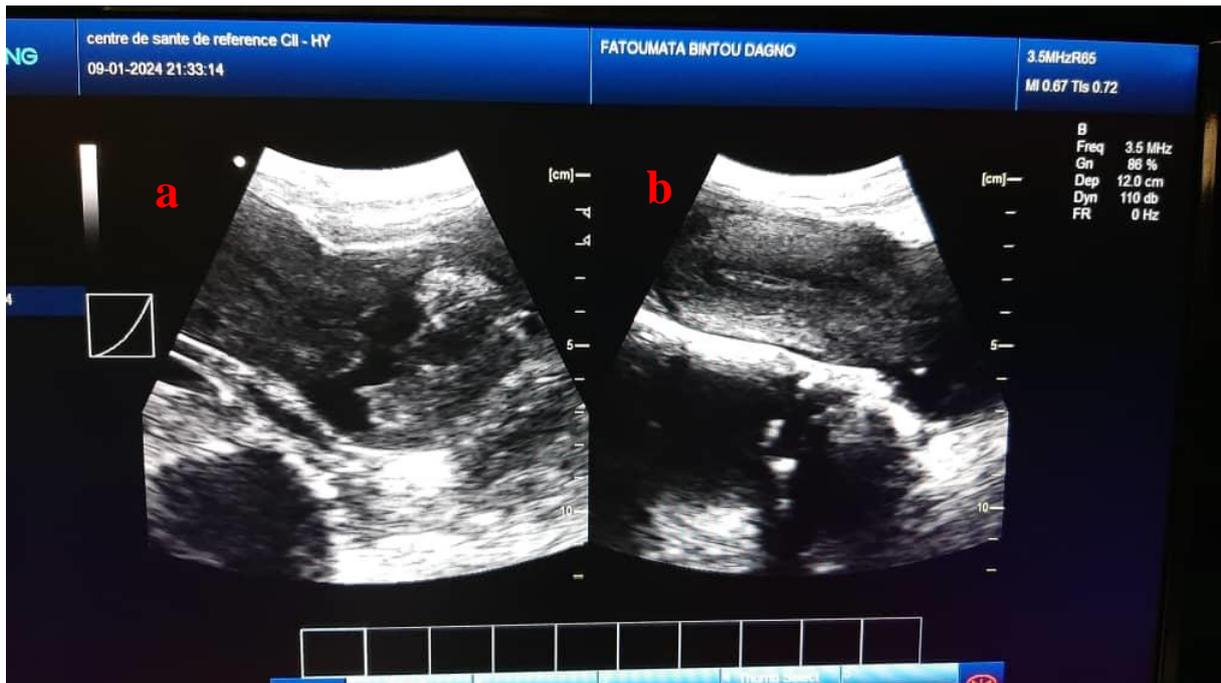


Figure 5 : coupe sagittale échographique pubienne

a : coupe sagittale de la rétention-intravaginale avec visualisation de l'isthme utérin ; b : coupe sagittale échographique pubienne : visualisation du reste de l'utérus (fond, corps, isthme et col)

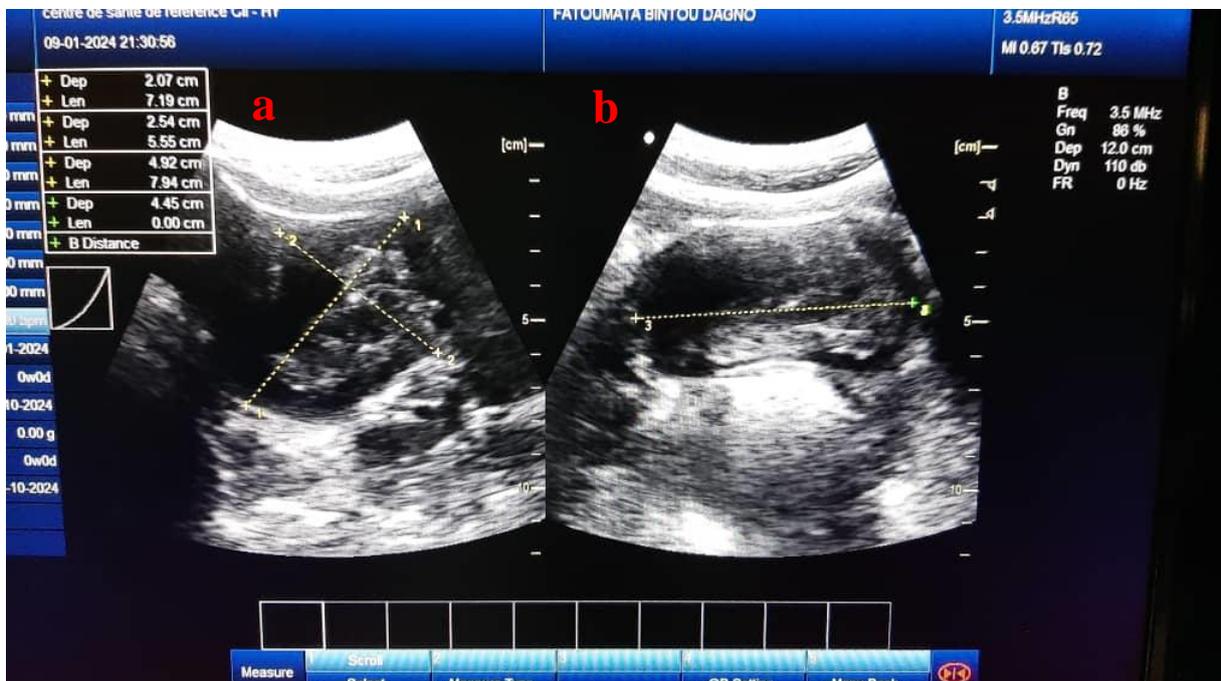


Figure 6 : a : coupe sagittale échographique sus-pubienne avec mensuration de la rétention intra vaginale. b : coupe transversale échographie sus-pubienne montrant l'utérus.

VI. DISCUSSION

Dans la littérature, l'imagerie médicale occupe une place secondaire dans le diagnostic d'une rétention intra-vaginale. L'échographie pelvienne objective l'image d'une rétention intra-vaginale, des ovaires fonctionnels renfermant des follicules. Un diaphragme vaginal complet plus haut situé, ou une atrésie vaginale partielle sont des causes plus rares (11). Cette étude est différente de celui de Smith et al (12) en 2019 qui était concentrée sur la rétention de sperme après un rapport sexuel et son impact sur la fertilité ; Contrairement à la patiente observée, l'étude se concentre sur la rétention de sperme, un cas différent de la rétention de masse hémorragique. Échographie transvaginale montrant du liquide au niveau du fornix vaginal postérieur et parfois des bulles d'air, mais sans masses ou anomalies structurales. La rétention de sperme est souvent asymptomatique, alors que la patiente présente des symptômes cliniques sévères. Une autre étude sur la rétention et la sécurité des dispositifs intra-vaginaux comme les pessaires et les anneaux contraceptifs réalisé par Martinez et al (13) en 2020 est similaire à notre étude car Bien que les dispositifs intra-vaginaux soient différents des masses hémorragiques, les symptômes de douleur et de sensation de masse peuvent être similaires. Les dispositifs peuvent causer des douleurs pelviennes et des saignements si mal positionnés ou retenus. A l'échographie on retrouve un Dispositif intra-vaginal visible en place, sans déplacement significatif, parfois accompagné d'épaississement de la muqueuse vaginale ou de liquide autour du dispositif. Aussi, Nguyen et al (14) en 2021 ont réalisé une étude sur l'analyse la libération et la rétention d'ovules médicamenteux intra-vaginaux. Cette étude semble être similaire au notre car elle se concentre sur la rétention de médicaments, qui peut aussi causer des douleurs et des saignements si la rétention est prolongée. Les symptômes de la patiente observée sont donc comparables à ceux d'une rétention médicamenteuse. A l'échographie ils retrouvent un ovule visible dans le canal vaginal, souvent avec des zones hyperéchogènes indiquant une rétention prolongée. Parfois des signes d'inflammation locale. Une étude

réalisée par Brown et al (15) en 2018 est semblable à notre étude. Les tampons retenus peuvent causer des symptômes similaires, y compris des douleurs pelviennes et des saignements. Cependant, la patiente ne présente pas de signes de choc toxique, ce qui est une complication grave dans les cas de tampons retenus. Le résultat de l'échographie montre un tampon visible comme une structure homogène hyperéchogène dans le vagin, souvent entouré de liquide ou de sécrétions vaginales épaisses.

Les examens d'imagerie sont importants pour redresser le diagnostic en cas de doute diagnostique. L'échographie sus-pubienne montre une image mixte à majorité solide échogène hétérogène par des plages calciques baignant dans un épanchement liquidien anéchogène bien limité siégeant dans la cavité vaginale en contact avec le col vascularisé au doppler.

Le traitement dans notre étude a été l'incision et l'évacuation de l'hématome ou du corps étranger. Ce traitement est semblable à ceux de Martinez et al (13) ; Nguyen et al (14); Brown et al (15) et différent de celui de Smith et al (12) qui ne consistait pas à un traitement spécifique nécessaire. Conseils sur les positions favorisant la gravité pour augmenter les chances de conception.

VII. CONCLUSION

La patiente présente des symptômes typiques de rétention intra-vaginale, tels que douleurs pelviennes et saignements, similaires à ceux observés dans les cas de rétention de dispositifs intra-vaginaux, ovules médicamenteux ou objets étrangers. Le traitement par incision et évacuation de l'hématome est conforme aux approches cliniques courantes pour ces conditions. Les études comparées montrent des similitudes en termes de symptômes et de traitements, bien que les causes sous-jacentes puissent varier.

VIII. RECOMMANDATIONS

Aux Radiologues

- Utilisez l'échographie trans-vaginale et pelvienne pour évaluer les masses pelviennes suspectes, en particulier chez les jeunes filles présentant une aménorrhée primaire et des douleurs pelviennes.
- Adoptez un protocole standardisé pour l'évaluation des rétentions intra-vaginales, incluant l'utilisation systématique de l'échographie suivie de l'IRM si nécessaire pour une évaluation détaillée.
- Collaborez étroitement avec les gynécologues et autres professionnels de la santé pour interpréter les résultats et planifier la prise en charge la plus appropriée.

Aux Professionnels de Santé

- Soyez vigilant aux symptômes de rétention intra-vaginale chez les jeunes filles, tels que des douleurs pelviennes cycliques et une aménorrhée primaire.
- Orientez rapidement les patientes présentant des symptômes évocateurs vers des radiologues pour des investigations d'imagerie.

Aux Patients

- Assurez-vous de consulter régulièrement un gynécologue, surtout en cas de symptômes inhabituels ou préoccupants.
- Suivez attentivement les conseils et les traitements prescrits par votre médecin pour éviter les complications.
- Apprenez et appliquez les pratiques d'hygiène gynécologique recommandées pour éviter les infections et autres complications.

À la Population

- Promouvez l'éducation en santé reproductive dans les écoles et les communautés pour sensibiliser aux signes et symptômes des troubles gynécologiques.
- Organisez des campagnes de sensibilisation sur les troubles gynécologiques, leur détection précoce et leur traitement pour informer le public et réduire les retards de diagnostic.

REFERENCES

1. Renaud R et al. "L'importance de l'échographie dans le diagnostic des corps étrangers intra-vaginaux. *Imagerie Médicale*. 2013;33(4):240-5.
2. Touboul C et al. L'échographie dans la prise en charge des pathologies gynécologiques. " *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2011;40(6):505-16.
3. World Health Organization (WHO)World Health Organization (WHO). *Diagnostic Imaging in Obstetrics and Gynecology: A Practical Guide*. [Internet]. 2017 [cité 27 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9241544619>
4. European Society of Gynecology (ESG). *Clinical Guidelines for the Management of Vaginal Foreign Bodies*. *European Journal of Gynecology and Reproductive Biology*. 2012;89(3):315-20.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). *Management of Retained Foreign Objects*. *Obstetrics & Gynecology*. 2015;125(5):1225-30.
6. Centre de Santé de Référence de la Commune II du District de Bamako. *Rapport annuel des activités cliniques et échographiques*. 2023;
7. Louis-Sylvestre C, Cheikhela A, Pele A, Crétoll C, Gerne I, Pola M et al. *Aplasies utéro vaginales-EMC - Gynécologie*. janv 2011;6(4):1-13.
8. Bonne S, Pouget O, Rongieres C. *Physiologie de la trompe-EMC - Gynécologie*. 2015;10(4):1-7.
9. Cheikhelard A, Bidet M, Baptiste A, Viaud M, Fagot C, Khen-Dunlop N, et al. *Surgery is not superior to dilation for the management of vaginal agenesis in Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome: a multicenter comparative observational study in 131 patients*. *Am J Obstet Gynecol*. sept 2018;219(3):281.e1-281.e9.
10. Korn A, Shapiro J. « Forgotten tampon as a cause of pelvic inflammatory disease. » *International Journal of STD & AIDS*,. 2010;21(1):70-2.
11. Salvat J, Slamani L. [Hematocolpos]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. juin 1998;27(4):396-402.
12. Smith J, Johnson K, et al. *Postcoital Intravaginal Sperm Retention: Factors Influencing Fertility Outcomes*. *J Reprod Med*. 2019;
13. Martinez L, Hernandez P et al. *Retention and Safety of Intravaginal Devices in Long-Term Use*. *Int J Gynecol Obstet*. 2020;

14. Nguyen T, Patel S et al. Drug Release and Retention of Intravaginal Ovules: An In Vivo Study. *Pharmaceutics*. 2021;
15. Brown A, Williams D et al. Retained Tampons and the Risk of Toxic Shock Syndrome: A Clinical Review. *Clin Obstet Gynecol*. 2018;(50).

FICHE SIGNALITIQUE

NOM : NADJIYOULAH

PRENOM : POUDIOUGO

TITRE : Apport de l'échographie dans le diagnostic d'une rétention intra-vaginale à propos d'un cas dans un centre de santé de référence de la Commune II du district de Bamako.

Année universitaire : 2022-2023

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Téléphone : 72 24 16 37

Email : nadjiyoulahipoudioug021@gmail.com

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)

Secteur d'étude : Gynécologie-Obstétrique

Résumé : La rétention intra-vaginale est à la présence non désirée d'un objet ou d'une substance à l'intérieur du vagin, entraînant des symptômes variés et parfois sévères. Il se traduit sur le plan clinique par des douleurs pelviennes cycliques et des saignements vaginaux anormaux. Plus rarement, il peut se révéler par une douleur pelvienne. L'échographie est l'examen de choix pour le diagnostic d'une rétention intra-vaginale. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) est l'examen d'imagerie de référence pour confirmer d'une rétention intra-vaginale et exclure d'autres malformations urologiques associées. Nous rapportons un cas d'hématocolpos secondaire à une rétention intra-vaginale diagnostiqué chez une jeune fille présentant une des symptômes de douleurs pelviennes, des saignements vaginaux anormaux et une sensation de masse intra-vaginale. Le diagnostic était posé par l'échographie et l'IRM et confirmé par l'intervention chirurgicale.

Conclusion : l'échographie de la malformation utérine est difficile et nécessite une certaine expérience de l'échographiste.

Les mots-clés : rétention intra-vaginale, échographie, imagerie par résonance magnétique

DATA SHEET

SURNAME : NADJIYOU LAHI

FIRST NAME: POUDIOUGO

TITLE : Contribution of ultrasound in the diagnosis of intra-vaginal retention: case report from a referral health centre in Commune II of the Bamako district.

Academic year: 2022-2023

City of thesis: Bamako

Country of origin: Mali

Telephone number : 72 24 16 37

Email : nadjiyoulahipoudiougou21@gmail.com

Place of deposit : Library of the Faculty of Medicine and Odontostomatology (FMOS)

Field of study : Gynaecology-Obstetrics

Summary : Intravaginal retention is the unwanted presence of an object or substance inside the vagina, leading to varied and sometimes severe symptoms. The clinical symptoms are cyclical pelvic pain and abnormal vaginal bleeding. More rarely, it may present as pelvic pain. Ultrasound is the test of choice for diagnosing intra-vaginal retention. Magnetic resonance imaging (MRI) is the imaging test of choice to confirm intra-vaginal retention and exclude other associated urological malformations. We report a case of haematocolpos secondary to intra-vaginal retention diagnosed in a young girl presenting with symptoms of pelvic pain, abnormal vaginal bleeding and a sensation of an intra-vaginal mass. The diagnosis was made by ultrasound and MRI and confirmed by surgery.

Conclusion: Sonography of uterine malformation is difficult and requires a certain amount of experience on the part of the sonographer.

Key words: intra-vaginal retention, ultrasound, magnetic resonance imaging