



Cas clinique

Métrorragies sur malformation artério-veineuse utérine (MAVU) : Diagnostic et prise en charge endovasculaire

Bleeding on uterine arteriovenous malformation (UVMA): Diagnosis and endovascular management

AD Diop^{1*}, AN Diop¹, MDN Gueye², M Gueye², MH Toure¹, M LY¹, AL Ba¹, S B Diop¹, E. H Niang³

Résumé

Madame A-G 39, G4, P3, A1 est admise pour métrorragies survenant 1 mois après une fausse couche et persistantes malgré un traitement médical à base de misoprostol. Le dosage des β HCG était négatif. L'écho-doppler objectivait une lésion utérine myométriale, hypervasculaire au Doppler couleur avec des phénomènes d'aliasing et un flux artériel de basse résistance. L'artériographie des artères utérines a confirmé le diagnostic de malformation artério-veineuse utérine (MAVU) et permis son traitement à l'aide de microparticules 700-900 microns et de fragments de gélatine résorbable. L'évolution était favorable avec exclusion de la MAVU sur les contrôles échographiques à J1, M1 et M4. Conclusion : Les MAVU sont rares et potentiellement graves. Des métrorragies sur antécédent de manœuvres endo-utérines doivent faire évoquer le diagnostic de MAVU qui sera confirmé par l'écho-Doppler et l'artériographie. Cette dernière permet un traitement adéquat avec conservation des possibilités de conception.

Mots clés : malformation vasculaire utérine, écho-Doppler, artériographie, embolisation.

Abstract

Mrs. A-G 39, G4, P3, A1 is admitted for metrorrhagia occurring 1 month after miscarriage and persistent despite medical treatment based on misoprostol. The β HCG assay was negative. Doppler ultrasound revealed a myometrial uterine lesion, hypervascular on colour Doppler with aliasing phenomena and arterial flow of low resistance. Arteriography of the uterine arteries confirmed the diagnosis of uterine arteriovenous malformation (UVMA) and allowed its treatment with 700-900 micron microparticles and resorbable gelatin fragments. The evolution was favorable with exclusion of the UVMA on the echographic controls at J1, M1 and M4. Conclusion: UVMA are rare and potentially serious. Metrorrhagia on history of endo-uterine manoeuvres should suggest the diagnosis of UVMA which will be confirmed by Doppler ultrasound and arteriography. The latter allows adequate treatment with conservation

of design possibilities.

Keywords: Uterine vascular malformation, Doppler ultrasound, arteriography, embolisation.

Introduction

Les malformations artério-veineuses utérines (MAVU) sont rares mais non exceptionnelles [1]. Elles sont congénitales ou acquises avec des manifestations cliniques diverses dont certaines peuvent engager le pronostic vital [2]. Nous allons à partir d'une observation décrire la place de l'imagerie dans le diagnostic et la prise en charge thérapeutique de cette affection.

Cas clinique

Nous rapportons le cas d'une patiente de 39 ans, quatrième geste troisième pare. Sa dernière grossesse s'était soldée par une fausse couche traitée par aspiration manuelle intra-utérine.

Elle avait consulté un mois après sa fausse couche pour des métrorragies faites de sang rouge avec caillots, capricieuses mais de faible abondance. Elles étaient mises sur le compte d'une rétention ovulaire. Elle avait alors bénéficié d'un traitement médical par misoprostol.

Devant l'aggravation des métrorragies, elle avait bénéficié d'une échographie qui mettait en évidence une image de topographie myométriale latéralisée à droite, sous forme d'un peloton vasculaire avec des phénomènes d'aliasing. L'image était en faveur d'une malformation artério-veineuse (fig.1). La cavité utérine était vide et il n'y avait pas de masse annexielle ni d'adénomégalie ilio-pelvienne. Le dosage de l'hormone chorionique gonadotrophique était négatif. Devant cette symptomatologie le

diagnostic d'une MAVU a été évoqué et une prise en charge endovasculaire préconisée au décours d'une réunion de concertation pluridisciplinaire.

Une ponction artérielle fémorale bilatérale par la méthode de *Seldinger* a été réalisée.

Le cathétérisme sélectif des branches antérieures des artères hypogastriques par des sondes de type cobra 4F portées sur guides Térumo 0,035 suivi de l'injection de produit de contraste a permis de confirmer le diagnostic en mettant en évidence un peloton vasculaire latéralisé à droite au sein du myomètre alimenté par des branches issues de l'artère utérine droite (Fig.2A). L'artère utérine gauche était hypoplasique et ne participait pas à l'alimentation de la MAVU. Le cathétérisme supra sélectif de l'artère utérine droite suivi d'une injection de 2ml de microparticules de 700-900 microns au sein de la MAVU et d'une embolisation de la branche antérieure de l'hypogastrique à l'aide de fragments résorbables de gélatine ont permis l'exclusion de la MAVU.

Le contrôle angiographique en fin de procédure objectivait une disparition de la MAVU avec une bonne opacification du tronc postérieur de l'artère hypogastrique et de ses branches (Fig.2B).

Les examens échographiques de contrôle réalisés à J1, 1 mois et 4 mois étaient satisfaisants avec exclusion de la fistule et vascularisation normale de l'utérus (Fig.3).

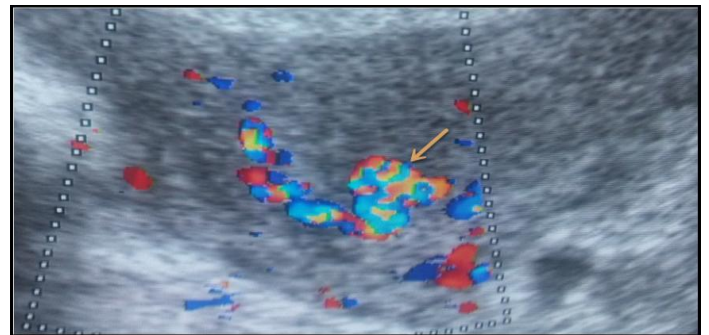


Fig. 1 : Coupe transversale échographique de l'utérus avec utilisation du Doppler couleur montrant un peloton vasculaire myométrial latéralisé à droite (flèche) en faveur d'une MAVU.

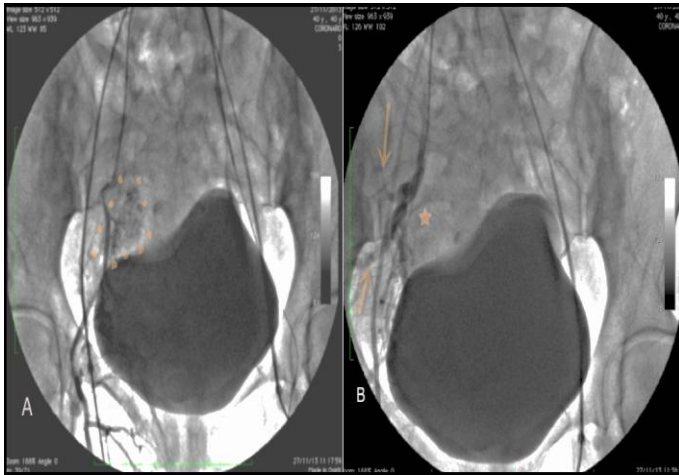


Fig. 2 A : Artériographie des artères utérines mettant en évidence un peloton vasculaire (pointillés) alimenté par l'artère utérine droite confirmant le diagnostic de MAVU. **Fig. 2 B :** artériographie de contrôle après embolisation objectivant une exclusion de la MAVU (étoile) avec bonne opacification des branches postérieures du tronc de l'artère hypogastrique (flèches).

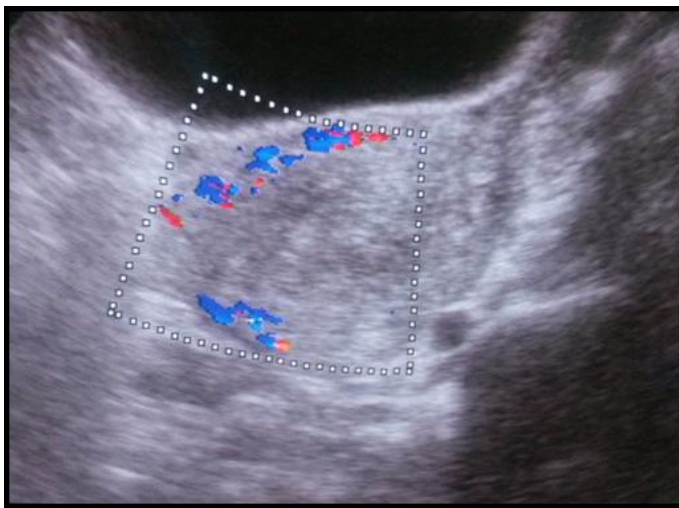


Fig. 3 : échographie de contrôle à M1 après embolisation montrant une disparition de la MAVU précédemment décrite et une vascularisation satisfaisante du myomètre.

Discussion

Les MAVU sont rarement rapportées parmi les causes de métrorragies, avec une centaine de cas décrite dans la littérature, la série la plus importante est celle de Maleux et al. avec 17 cas [3]. Elles peuvent être congénitales ou acquises résultant d'une communication artério-veineuse anormale entre une ou plusieurs artères utérines et un plexus veineux myométrial et/ou endométrial sans l'intervention d'un réseau capillaire [4,5]. Leurs manifestations cliniques ne sont pas spécifiques. Toutefois les MAVU doivent être évoquées devant des métrorragies profuses et intermittentes pouvant aller jusqu'à l'hémorragie cataclysmique lorsqu'il existe des antécédents de traumatismes utérins (aspiration/curetage endo-utérin, césarienne, délivrance artificielle/révision utérine) comme ce fut le cas chez notre patiente. Dans la série de Yang JJ et al. tous les 15 cas de MAVU avaient des antécédents de curage-aspiration [6,7].

L'échographie couplée au mode Doppler garde une place prépondérante dans le diagnostic des MAVU [8]. Elle met en évidence une lésion intra-myométriale hyperechogène, hétérogène composée de la juxtaposition de petits ilots anéchogènes contigus et présentant un hypersignal vasculaire au Doppler avec un flux turbulent intra-lésionnel donnant un aspect d'aliasing. L'analyse spectrale caractérise un flux artériel à basse résistance et un flux veineux pulsatile à grande vitesse évoquant un shunt artério-veineux [8]. Toutefois cette sémiologie échographique peut être retrouvée dans d'autres situations physiologiques ou non, lors de l'implantation ou au décours d'un avortement spontané ou volontaire et en cas de rétention placentaire ou de placenta accreta [9]. Il est donc important de s'affranchir du

doute diagnostique par le dosage des β HCG. L'angio-IRM dynamique, et à défaut l'angioscanner, peuvent être utiles pour la confirmation diagnostique et présentent l'avantage d'être non invasifs [6,10]. L'artériographie des artères utérines est la modalité d'imagerie de référence dans le diagnostic et le traitement des MAVU [8]. Cette dernière objective au sein du myomètre des pelotons et des lacs vasculaires persistants ainsi qu'un drainage veineux précoce à bas débit [8]. Le traitement par voie endovasculaire est préféré à la ligature chirurgicale des artères utérines et à l'hystérectomie d'hémostase. En effet l'embolisation des artères utérines permet une conservation de la fertilité chez ces patientes en âge de procréer. Le taux de succès de cette procédure est en général très élevé d'après les nombreux cas rapportés dans la littérature et ne contre-indique pas un geste chirurgical secondaire [8].

Conclusion

Les MAVU sont rares et potentiellement graves. Des métrorragies inexplicables sur antécédents de manœuvres endo-utérines en post partum ou post abortum doivent faire évoquer ce diagnostic. L'échographie Doppler et l'artériographie permettent de confirmer le diagnostic et d'assurer un traitement conservateur chez ces patientes en âge de procréation.

* Correspondance

Abdoulaye Dione Diop (adionediop@yahoo.fr)

Reçu: 04 Nov, 2017 ; Accepté: 18 Déc, 2017; Publié: 19 Déc, 2017

¹Service de Radiologie et d'Imagerie Médicale du CHNU de Fann, Dakar, Sénégal

²Service gynéco-obstétrique CHNU Aristide Le Dantec, Dakar, Sénégal

³Service de Radiologie du CHNU Aristide Le Dantec, Dakar, Sénégal

© Journal of african clinical cases and reviews 2017

Conflit d'intérêt: Aucun

Références

- [1] Rubod C, Mubiayi N, Robert Y, Vinatier D. Malformation artérioveineuse utérine. Une cause rare de métrorragies récidivantes. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2005;33:511-513.
- [2] Rabarikoto H. F, Rabetsimamanga L. A. Z, Vignelongue M. H, Higue D, Andrianampanalinarivo H. R, Brun J. L, Randriamahavonjy R, Goudy G, Secou J. F. Malformations artérioveineuses utérines acquises (une série de six cas). *Rev. anesth. réanim. med. Urgence*. 2013;5(1):5-10.
- [3] Maleux G, Timmerman D, Heye S, Wilms G. Acquired uterine vascular malformations : radiological and clinical outcome after transcatheter embolotherapy. *Eur Radiol*. 2006;16(2):299-306.
- [4] Beller U, Rosen R. J, Beckman E. M et al. Congenital arteriovenous malformation of the female pelvis : a gynecological perspective. *Am J Obstet Gynecol*. 1988;159:1153-60.
- [5] Delotte J, Chevalier P, Desprez B, Castillon J.M, Bongain A. Un diagnostic rare de métrorragies : la malformation artérioveineuse utérine. *La Lettre du Gynécologue - n° 290 - mars 2004*.
- [6] Vandenbroucke L, Morcel K, Bruneau B, Moquet P.-Y, Bauville E, Levêque J, Lavoue V. Malformations artérioveineuses endo-utérines acquises. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2011;39:469-472.
- [7] Yang JJ, Xiang Y, Wan XR, Yang XY. Diagnosis and management of uterine arteriovenous fistula with massive vaginal bleeding. *Inter J Gynecol Obstet*. 2005;89(2):114-9.
- [8] 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. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2015;44:398-402.
- [9] Marcellin L, Haddad B, Kayem G. Cas d'une hémorragie grave au cours d'une interruption volontaire de grossesse par aspiration : malformation artérioveineuse ou placenta accreta du premier trimestre ? *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2010;39:331-336.
- [10] Castillo MS, Borge MA, Pierce KL. Embolization of a traumatic uterine arteriovenous malformation. *Semin Intervent Radiol*. 2007;24(3):296-9.

Pour citer cet article:

Diop Abdoulaye Dione, Diop Abdoulaye Ndoye, Gueye Mame Diarra Ndiaye *et al.* Métrorragies sur malformation artério-veineuse utérine (MAVU) : Diagnostic et prise en charge endovasculaire . *Jaccr Africa 2017; 1(2): 68-72.*