

ANNALES
DE
L'UNIVERSITE
MARIEN NGOUABI

Sciences de la Santé

VOL. 26, N° 1 - ANNEE: 2026

ISSN: 1815 - 4433 - www.annales-umng.org

ANNALES DE L'UNIVERSITE MARIEN NGOUABI SCIENCES DE LA SANTE



VOLUME 26, NUMERO 1, ANNEE: 2026

www.anales-umng.org

SOMMAIRE

Directeur de publication
P. AKOUANGO

Rédacteur en chef
G. EKOUYA BOWASSA

Rédacteur en chef adjoint
B.I. ATIPO IBARA

Comité de lecture
G.M. MOYEN (Brazzaville)
G. ONDZOTTO (Brazzaville)
A.P. BOUYA (Brazzaville)
A.R. OKOKO (Brazzaville)
J.R. MABIALA BABELA (Brazzaville)
P. KOUNA NDOUONGO (Libreville)
G. NTSAMBI EBA (Kinshasa)
S. ODZEBE ANANI (Brazzaville)
G.F. OTIOBANDA (Brazzaville)
L.O. NGOLET (Brazzaville)
E. MOYEN (Brazzaville)
L.P. BEMBA (Brazzaville)
S. ATEGBO (Libreville)
S. NGUEFACK (Yaoundé)
B.M. NDIAYE (Dakar)
P. CAMENGO (Bangui)
J.F. MIMIESE MONAMOU (Brazzaville)
G. MPIKA (Brazzaville)
Y.I. DIMI NYANGA (Brazzaville)

Comité de rédaction
B.F. ELLENGA MBOLLA
H.B. EKOUELE MBAKI
G.A. MPANDZOU

Composition et mise en forme
R.D. ANKY

Administration-Rédaction
Université Marien Nguabi
Direction de la Recherche
Annales de l'Université Marien
Nguabi
BP. 69, Brazzaville-Congo
E-mail : annales@umng.cg

ISSN : 1815-4433

- 1 **Profil Clinique et Paraclinique des Patients Insuffisants Cardiaques à l'Hôpital Laquintinie de Douala, Cameroun, 2025 : Une Étude Transversale**
SIDDIKATOU D, NDOM M S, MOULIOM S, MANDENG MA LINWA E, NGONGANG OUANKOU C, NDOBO V, TSAGUE KEGNI HN, TCHOUNJA KAMGANG R, NDOUMOU LXA, KAMDEM F
- 14 **Inversion utérine non puerpérale au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville : à propos de deux cas et revue de la littérature**
BUAMBO GRJ, POTOKOUE MPIA SNB, EOUANI MLE, MOLONGO J, MOKOKO JC, ITOUA C
- 22 **Chirurgie du cancer du sein : bilan du CHU de Brazzaville de 2015 à 2024**
POTOKOUE MPIA NSB, BUAMBO GRJ, MOKOKO JC, BISTENÉ MPIKA G, BODZONGO PC, LOCKO MAFOUTA RM, IKOBO OKO CE, AYA SZ, ITOUA C
- 31 **Hypertension artérielle et facteurs de risque cardiovasculaire en milieu professionnel en zone semi-urbaine chez le personnel de la société SARIS-Congo de Nkayi**
KOUALA LANDA CM, MAKANI BASSAKOUAHOU JK, BAKEKOLO RP, MONGO NGAMAMI FS, KIMBALLY KAKY EG, BIANZA JR, NGOLO LK, ELLENGA MBOLLA BF
- 44 **Maladie au virus Monkeypox compliquée chez le nouveau-né : à propos d'un cas au CHU de Brazzaville**
ALOUMBA GA, ANGOUMA OYA SM, NKORO GA, POTOKOUE MNS, EKAT M, DOUKAGA MT, AMONA M, OSSIBI IBR, ONTSIRA NEN, BAYONNE KES, EKOUYA G.
- 50 **Profil épidémiologique des agressions faciales au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville : à propos de 115 cas.**
MABIKA BD-D, NGOUA ESSININGUELE L, TIAFUMU KONDE CA, MAMETE L, EBOUNGABEKA T, OBALL MOND A, BAMBOULA C, ONDZOTTO G

- 59 **Aspects épidémiologiques et histopathologiques des mycoses profondes: 23 cas au chu de Brazzaville**
MOUAMBA FG, ALOUMBA JA, SÉKANGUÉ OBILI GL, MOZOMA LO, BIZIB NTIAKOULOU G, SIRIMÉ NGANDZO MAVE J, MOULOUNDA-MALONGA ED, MBENGUI BISSELÉ DH, ELION MFERRE P, ANDEME NICOLE J, MOUKASSA D
- 67 **Association diabète sucre de type 2 et hypertension artérielle chez le sujet congolais au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville**
ELILIE MAWA ONGOTH F, GANKAMA NT, ANDZOUANA MBAMOGNOUA NG, MAYANDA OHOUANA RL, OKOUMOU-MOKO A, DINGHAT OMY, EKOUNDZOLA JR, NKOUA SE, KIMBEMBE-LOUZOLO R, SALA APENDI SS, BOUÉNIZABILA E
- 81 **Paludisme de l'enfant pendant la période de gestion de la pandémie Covid-19 au centre hospitalier universitaire de Brazzaville (CHUB)**
SEKANGUE OBILI G, GOMA CE, OFAMALEKOU GNAKINGUE AN, MBOU ESSIE DE, MOYEN E, MOYEN G
- 91 **Facteurs associés à la non-observance thérapeutique chez les patients congolais atteints de diabète sucré de type 2 et suivis au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville.**
ELILIE MAWA ONGOTH F, ANDZOUANA MBAMOGNOUA NG, MAYANDA OHOUANA RL, OKOUMOU-MOKO A, EKOUNDZOLA JR, TSOUMOU-MASSA MF, KONO BOUKOULOU JM, DINGHAT OYM, NKOUA SE, LOUZOLO-KIMBEMBE RJ, BOUENIZABILA E
- 101 **Cardiopathies rhumatismales : données actuelles en milieu hospitalier cardiologique du CHU de Brazzaville**
MONGO NGAMAMI SF, KIKAYI MABIALA R, KOUALA LANDA C, BAKEKOLO RP, KIMBALLY-KAKY EG, NGOLO LETOMO KM-M, ELLENGA-MBOLLA BF.



INVERSION UTERINE NON PUERPERALE AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BRAZZAVILLE : A PROPOS DE DEUX CAS ET REVUE DE LA LITTERATURE

NON-PUERPERAL UTERINE INVERSION AT THE UNIVERSITY HOSPITAL OF BRAZZAVILLE: TWO CASES AND REVIEW OF THE LITERATURE

BUAMBO GRJ^{*1,3}, POTOKOUE MPIA SNB^{1,3}, EOUANI MLE^{2,3}, MOLONGO J¹,
MOKOKO JC^{1,3}, ITOUA C^{1,3}.

¹ Service de Gynécologie Obstétrique, Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville, Congo

² Service de Gynécologie Obstétrique, Hôpital de référence de Loandjili, Pointe-Noire, Congo

³ Faculté des sciences de la santé, Université Marien Ngouabi, Congo

RESUME

Introduction. L'inversion utérine non puerpérale est une pathologie organique généralement associée à un processus pathologique tumoral. Elle peut être aiguë ou chronique.

Observations cliniques. Nous rapportons deux cas d'inversion utérine non puerpérale dont l'une aiguë consécutive au bistournage d'un myome accouché par le col chez une adolescente et l'autre chronique spontané secondaire à un volumineux myome accouché par le col chez une femme âgée de 47 ans. Le traitement chirurgical a été conservateur chez l'adolescente et radical par voie mixte chez la femme âgée.

Conclusion. L'inversion utérine non puerpérale demeure un défi diagnostique en gynécologie dont le traitement est chirurgical.

Mots-clés : Inversion utérine non puerpérale, myome, Brazzaville

ABSTRACT

Introduction. Non-puerperal uterine inversion is an organic pathology generally associated with a tumorous pathological process. It can be acute or chronic.

Clinical observations. We report two cases of non-puerperal uterine inversion, one of which was acute following the scalping of a myoma delivered through the cervix in an adolescent girl and the other chronic spontaneous secondary to a large myoma delivered through the cervix in a woman aged 47 years. Surgical treatment was conservative in adolescents and radical by mixed approach in elderly women.

Conclusion. Non-puerperal uterine inversion remains a diagnostic challenge in gynecology whose treatment is surgical.

Keywords. Non-puerperal uterine inversion, myoma, Brazzaville

* Auteur correspondant
BUAMBO Gauthier Régis Jostin
Email : buambogauthier@yahoo.fr

INTRODUCTION

L'inversion utérine est définie comme une invagination du fond utérin en « doigt de gant », la muqueuse utérine faisant saillie dans le vagin ou s'extériorisant hors de la vulve [1]. Elle peut être puerpérale (obstétricale) ou non puerpérale (gynécologique) [1]. L'inversion utérine non puerpérale (IUNP) est une affection très rare qui représente environ 17% de toutes les inversions utérines [2]. Elle est généralement associée à une volumineuse tumeur endo-utérine et fundique qui exerce une force de traction pour provoquer l'inversion. Nous rapportons deux cas d'inversion utérine non puerpérale. Ces cas sont rapportés en raison de leur rareté et leur forme clinique qui contribuent le plus souvent aux défis de prise en charge.

OBSERVATIONS CLINIQUES

CAS N°1 :

Il s'agissait d'une adolescente de 18 ans, référée pour une inversion utérine non puerpérale secondaire à une extraction par voie vaginale d'un myome accouché par le col. Devant la survenue de vertiges dans un contexte de saignement génital persistant pendant un mois, elle a consulté une formation sanitaire de niveau intermédiaire de la pyramide sanitaire nationale. Le diagnostic de suspicion de myome accouché par le col a été posé. Une tentative de bistournage a été réalisée ayant abouti à une morcellation du myome et une inversion utérine faisant ainsi poser l'indication de laparotomie. Celle-ci a abouti à un échec de réduction, d'où la décision de la référence.

A l'arrivée dans le service de Gynécologie Obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville, l'état général était conservé avec une pâleur modérée des conjonctives. A l'examen au spéculum, on notait une masse vaginale

nécrosée, irrégulière et hémorragique, ne permettant pas de visualiser le col. Au toucher vaginal, la masse était ferme, irrégulière, à base large ; délimitée par le relief cervical, mesurant environ cinq centimètres de long et occupant le tiers supérieur du vagin. Les parois vaginales étaient régulières et souples. Le toucher rectal était sans particularité pathologique.

La décision de laparotomie pour inversion utérine non puerpérale aigüe de 2^e degré compliquant un bistournage, était prise. L'exploration per-opératoire a mis en évidence une inversion du fond utérin et des deux-tiers du corps utérin, emportant les portions proximales du ligament rond droit, de la trompe droite, du ligament utéro-ovarien droit et du ligament rond gauche. Les annexes gauches n'étaient pas visualisées (figure 1).

Le premier temps opératoire a consisté en une tentative de réduction manuelle à l'aide d'une main vaginale refoulant le fond utérin inversé. Cette tentative a été suivie de la traction par voie abdominale des ligaments ronds saisis par les pinces de Rochester Péan sans griffes (figure 1).

Après échec du premier temps opératoire, nous avons procédé à l'ouverture du péritoine vésico-utérin et au refoulement de la vessie jusqu'à la limite de la perception du fond utérin, suivie d'une hystérotomie corporeale antérieure basse longitudinale médiane sur la portion utérine intra-abdominale (figure 2A). Ceci a permis de découvrir la base large nécrosée d'un myome endocavitaire fundique ayant fait l'objet d'une ablation, permettant ainsi le repositionnement complet de l'utérus (figures 2B). Une hystérorraphie extra-muqueuse en un plan au Vicryl 4/1 a été réalisée.

Les suites opératoires ont été simples. Le pansement a été réalisé au troisième jour. La sortie a été décidée le cinquième jour.

CAS N°2

Il s'agissait d'une patiente de 47 ans, admise, pour une masse extériorisée à la vulve après effort de poussée lors de la défécation. Elle était multipare et suivie pour utérus polyyomateux avec un myome accouché par le col ayant fait l'objet d'indication d'hystérectomie quatre ans auparavant.

L'interrogatoire retrouvait les douleurs pelviennes chroniques non cycliques associées à des métrorragies d'abondance variable, intermittentes et à la constipation. Elle a consulté devant la constatation d'une masse.

A l'examen, on notait une pâleur conjonctivale. L'état hémodynamique était stable. La palpation abdominale ne mettait en évidence aucune masse. A la vulve, on notait une volumineuse masse mesurant près de 20 cm de long, de forme triangulaire à sommet vaginal et dont la base est occupée par un volumineux myome de 10 cm de grand axe, nécrotique et malodorant (figure 3A). La masse était de consistance ferme avec un sommet solidaire des parois vaginales non prolabées.

Devant ce tableau clinique, il a été évoqué l'hypothèse d'une inversion utérine non puerpérale chronique de 3^e degré compliquant un volumineux myome accouché par le col. L'indication d'une hystérectomie totale inter-annexielle par voie vaginale, a été ainsi posée.

Face aux difficultés de la voie vaginale en rapport avec l'absence du prolapsus vaginal ne permettant pas de réaliser la colpotomie, un premier temps abdominal a été réalisé. Il a permis de mettre en évidence une cavité pelvienne sans utérus, les ligaments ronds et annexes aspirés à travers le collet de l'inversion (figure 3B). Les ligatures et sections des ligaments ronds droit et gauche, des trompes droite et gauche, et des ligaments utéro-ovariens droit et gauche étaient

réalisées. Ceci a permis de réaliser l'extraction de l'utérus par voie vaginale après colpotomie et ligature/section des ligaments utérosacrés.

La dissection de la pièce opératoire a mis en évidence après réduction de l'inversion, de volumineux myomes endocavitaires (figure 3C) confirmés par l'histologie. Les suites opératoires ont été simples. La sortie a été décidée le deuxième jour.

DISCUSSION

L'inversion utérine non puerpérale (IUNP) est une affection gynécologique très rare. De 1940 jusqu'à nos jours, moins de 200 cas d'IUNP ont été rapportés [3,4]. L'IUNP représente environ 17% de l'ensemble des inversions utérines [2,5].

Elle apparaît généralement chez les femmes ménopausées ou de plus de 45 ans [6,7] contrastant avec le cas noté chez l'adolescente. Trois principaux facteurs contribuent à l'inversion : i) l'amincissement de la musculature utérine à la suite d'une tumeur intra-utérine ; ii) la décompression aiguë de la cavité utérine auparavant distendu par la tumeur ; et iii) la dilatation du col utérin [8-10].

Plusieurs cas d'inversion utérine non puerpérale ont été rapportés en association avec diverses pathologies sous-jacentes, telles que des tumeurs utérines (fibromes, polypes, sarcomes), des tumeurs cervicales et des masses pelviennes [2,4,11,12,13]. Les fibromes sous-muqueux fundiques représentent l'étiologie la plus fréquente comme dans nos deux observations [4,12,14]. De plus, l'hormonothérapie substitutive et l'augmentation persistante de la pression intra-abdominale sont des facteurs de risque possibles décrits [15].

L'IUNP survient après une force de traction directe exercée sur le fond utérin par une tumeur utérine ou du fait du poids

d'une volumineuse tumeur accouchée par le col, entraînant une inversion partielle ou complète [14,16]. Tel a été le cas dans notre première observation, où l'inversion serait secondaire à une tentative de bistournage d'un myome accouché par le col, dans un stade au début méconnu probable. En revanche, dans le second cas, il s'agissait plutôt d'une inversion chronique survenant après un effort de défécation, chez une femme âgée de plus de 45 ans, porteuse d'un myome accouché par le col évoluant depuis près de quatre ans.

L'IUNP pose des défis importants en termes de diagnostic. Une suspicion clinique et un examen physique méticuleux sont essentiels pour surmonter cet obstacle diagnostique. Cependant, nos deux observations n'ont posé aucune difficulté diagnostique eu égard des circonstances de survenue et des stades évolutifs de l'inversion. Dans les deux cas, l'inversion était complète, la saillie du fond utérin perçue dans le vagin ou extériorisée à la vulve. En revanche, dans la forme incomplète ou intra-utérine [17], le diagnostic est aidé par l'imagerie, l'échographie pelvienne représentant l'investigation de première intention, en particulier dans les milieux à ressources limitées. L'échographie objective une apparence en forme de « Y » de la cavité utérine sur une vue longitudinale dans une inversion incomplète et une apparence en forme de « U » inversion utérine complète [18]. D'autres outils de diagnostic tels que l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et la tomodensitométrie (TDM) peuvent être utiles en cas de suspicion de prolapsus. Par ailleurs, l'imagerie permet de rechercher une masse annexielle dont la présence peut influencer l'attitude thérapeutique.

La prise en charge de l'IUNP dépend de plusieurs facteurs, notamment la cause sous-jacente, l'état de santé général de la patiente et la gravité des symptômes [14,18,19]. Les options vont des mesures conservatrices à la chirurgie radicale. Des

mesures conservatrices peuvent être non chirurgicales ou chirurgicales. Les mesures non chirurgicales sont envisagées chez les patientes hémodynamiquement stables et lorsque la masse peut être réduite manuellement. Cette approche consiste à tenter de repositionner l'utérus inversé sans recourir à la chirurgie. Bien que les mesures conservatrices puissent être efficaces dans certains cas, leur succès dépend de facteurs tels que l'anatomie du patient, la cause sous-jacente de l'inversion et la rapidité de l'intervention. Tel a été le cas dans notre première observation, où la réduction marquée par un échec du fait du volumineux myome, était suivie d'une laparoconversion. Dans ce cas, l'hystérectomie est le traitement de choix sauf chez les femmes jeunes, nullipares ou n'ayant pas achevé leur projet procréatif [20,21].

Plusieurs techniques chirurgicales par voie vaginale (techniques de Spinelli et de Kustner) et abdominale (techniques de Huntington et de Hautin) ont été décrites [14]. Le choix entre les approches vaginales ou abdominales n'est pas simple et dépend de divers facteurs, notamment l'expertise du chirurgien, l'anatomie de la patiente et les caractéristiques spécifiques de l'utérus inversé [9]. Des facteurs tels que la présence d'une pathologie pelvienne concomitante, le désir de fertilité future et l'état de santé général de la patiente doivent guider le processus de prise de décision. Dans le deuxième cas, il s'est agi d'une hystérectomie par voie vaginale aidée d'un premier temps abdominal vu les difficultés rencontrées par voie vaginale, également rapportées dans la littérature [4]. De plus, le risque de complications péroopératoires, telles que des saignements ou des lésions des organes avoisinants souligne l'importance de l'expérience et de l'expertise chirurgicales.

CONCLUSION

L'inversion utérine non puerpérale secondaire à un myome sous-muqueux est une affection très rare. Elle peut être incomplète ou complète. Il s'agit d'un défi diagnostique en gynécologie dont le traitement demeure chirurgical.

CONFLIT D'INTERET : Aucun

REFERENCES

1. Jones HW. Non-puerperal inversion of the uterus. *Am J Surg.* 1951; 81 (5): 492–95. Doi: 10.1016/0002-9610(51)90268-1.
2. Nilaj B, Sefali S, Vinita S, Rahul S, Habung Y. Non-Puerperal Uterine Inversion Secondary to Submucosal Fibroid: A Case Report. *J Clin Diagn Res.* 2021; 15(7): 1-3.
3. Martin A, Tranoulis A, Sayasneh A. Inversion utérine secondaire à un grand léiomyome prolapsus : enjeux diagnostiques et de prise en charge. *Cureus.* 2020 ; 12 :7168.
4. Rosa Silva B, de Oliveira Meller F, Uggioni ML et al. Non-puerperal uterine inversion : A systematic review. *Gynecol Obstet Invest.* 2018 ; 83 : 428-36. Doi : 10.1159/000488089
5. Serraj Andaloussi M, Achbbak M, Baroud O, et al. Inversion utérine puerpérale : à propos de deux cas et revue de la littérature. *Pan Afr Med J.* 2020 ; 2(31) : 21186.
6. Beringer RM, Patteril M. Puerperal uterine inversion and shock. *Br J Anaesth.* 2004; 92 (3) :439-4.
7. Dadgar S, Pourhosseini SA. Non-Puerperal Uterine Inversion Due to Submucous Myoma: A Case Report. *J Fam Reprod Health.* 2018; 12(3): 169-72.
8. Kumari A, Vidhyarthi A, Salini KM. Chronic uterine inversion secondary to submucous fibroid: a rare case report. *Int J Sci Stud.* 2016; 3(11): 302-4.
9. Singh A, Ghimire R. A Rare Case of Chronic Uterine Inversion Secondary to Submucosal Fibroid Managed in the Province Hospital of Nepal. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2020; 2020(2127):1-4. <https://doi.org/10.1155/2020/6837961>
10. Sulayman HU, Aliyu R, Bakari F et al. Complete, infected, chronic, non-puerperal uterine inversion: A case report. *Trop J Obstet Gynaecol.* 2017; 34(2) 165-7.
11. El-Agwany AS, El-Badawy ES. Non puerperal Total uterine inversion with cervical and vaginal inversion: An unusual complication of degenerated submucous fundal fibroid treated by vaginal hysterectomy. *Egy J Rad Nuclear Med.* 2015; 46:1323-6. Doi: 10.1016/j.ejrm.2015.07.012.
12. Takano K, Ichikawa Y, Tsunoda H, Nishida M. Inversion utérine causée par le sarcome utérin : un rapport de cas. *Jpn J Clin Oncol.* 2001 ; 31 (1) : 39-42.
13. Salameh AEK, Aljaberi LM, Almarzooqi RM et al. Non puerperal uterine inversion associated with adenosarcoma of the uterus: A case report. *Case Rep Womens Health.* 2019; 8 : 22. e00107.
14. Imogie SA, Kobilla DZ, Suoseg DP, Otumo E. Chronic Non-Puerperal Uterine Inversion Mimicking Complete Uterine Prolapsed. *CAJMNS.* 2023; 4(6):1022-7.
15. Asefa D, Yimar N. Chronic Postmenopausal Uterine Inversion: A case report. *Gynecol Obstet.* 2016; 6:6. 1000384. Doi: 10.4172/2161-0932.1000384.
16. Vieira GTB, Nascimento dos Santos GH, Noleto e Silva JB, and al. Non puerperal uterine inversion associated with myomatosis. *Rev Assoc Med Bras.* 2019; 65(2):130-5.
17. Wendel MP, Shnaekel KL, Magann EF. Uterine inversion: A review of a life-threatening obstetrical emergency. *Obstet Gynecol Surv.* 2018; 73(7):411-17
18. Shasindran R, Dharshini N, Aruku N, Sasikala A. Exploring Non-puerperal Uterine Inversion: A Case Series. *Cureus.* 2024; 16(1): e53071. Doi: 10.7759/cureus.53071.
19. Sunanda N, Lokeshchandra HC, Sudha R, Sharma KD. Chronic non-

puerperal uterine inversion secondary to uterine leiomyoma misdiagnosed as advanced cervical cancer: a rare case report. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 2017; 6:344-7. Doi:10.18203/2320-1770.ijrcog20164693.

20. Priyanka G, Bansal R. Unusual and delayed presentation of chronic uterine inversion in a young woman as a result of negligence by an untrained
22.

birth attendant: a case report. *J Med Case Rep.* 2020; 14:143. Doi: 10.1186/s13256-020-02466-x.

21. Tolcha FD, Dale TB, Anbessie TT. Chronic uterine inversion presenting with severe anemia 7 years after a home delivery and the subsequent successful pregnancy: a case report. *J Med Case Rep.* 2023; 17:278. Doi: 10.1186/s13256-023-04012-x.

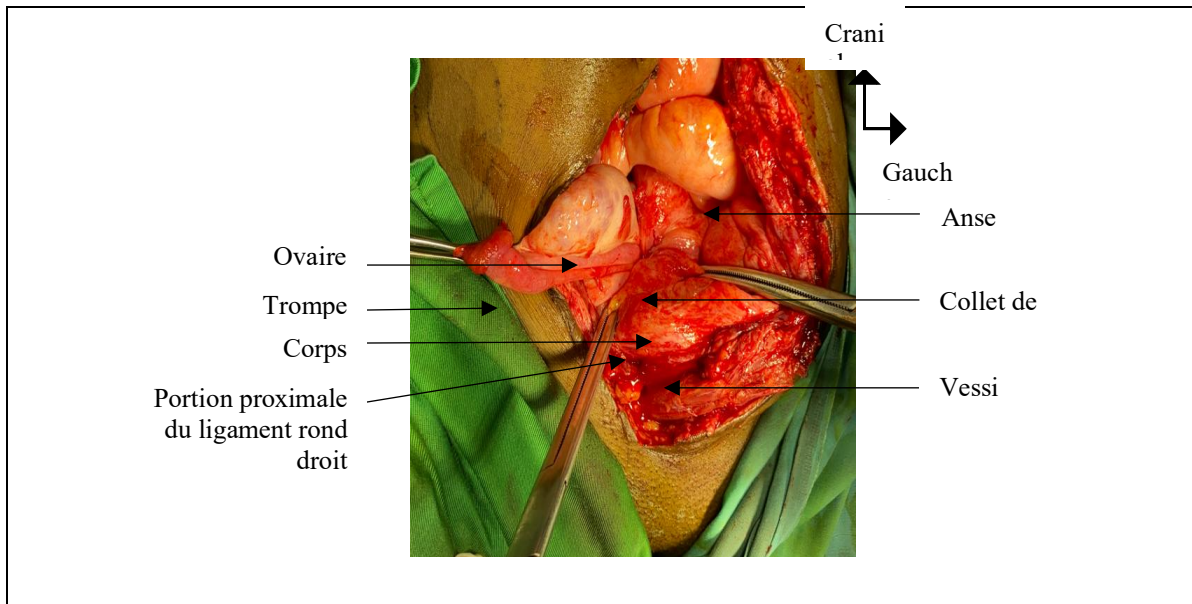


Figure 1 : Cavité pelvienne après laparotomie (vue supérieure)

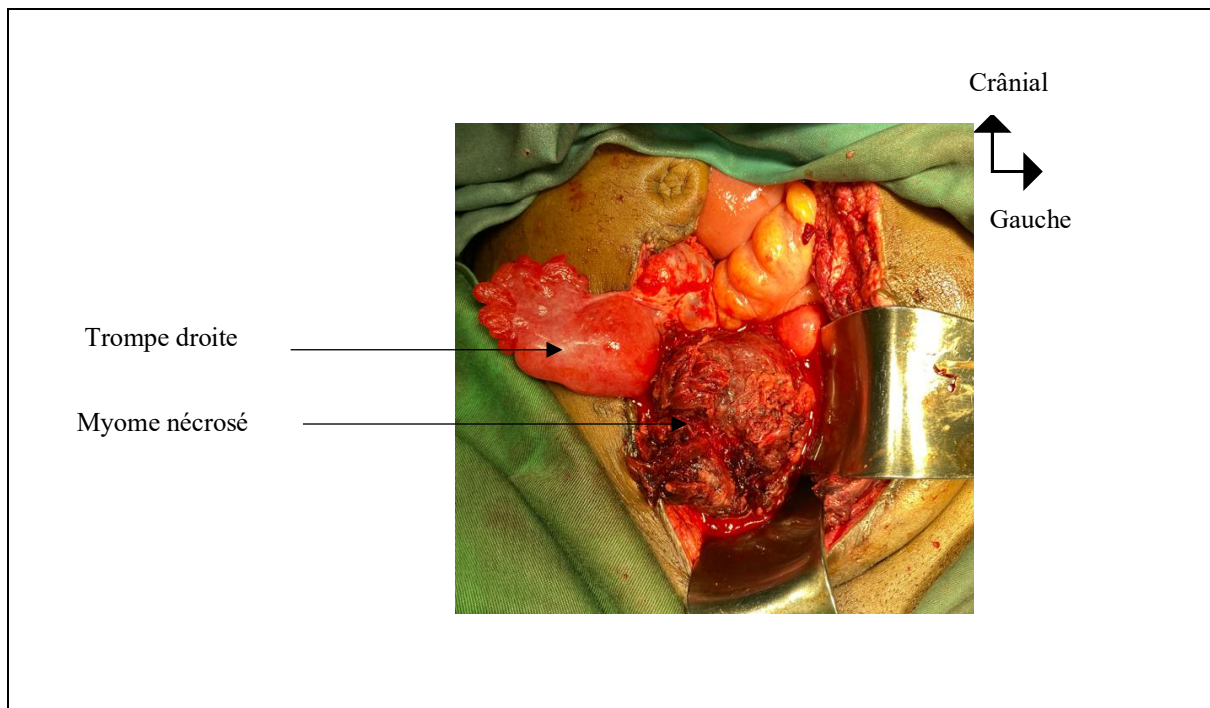


Figure 2 : Réduction partielle de l'inversion utérine (temps opératoire)
Réduction partielle de l'inversion utérine exposant la base du myome endocavitaire (vue supérieure).

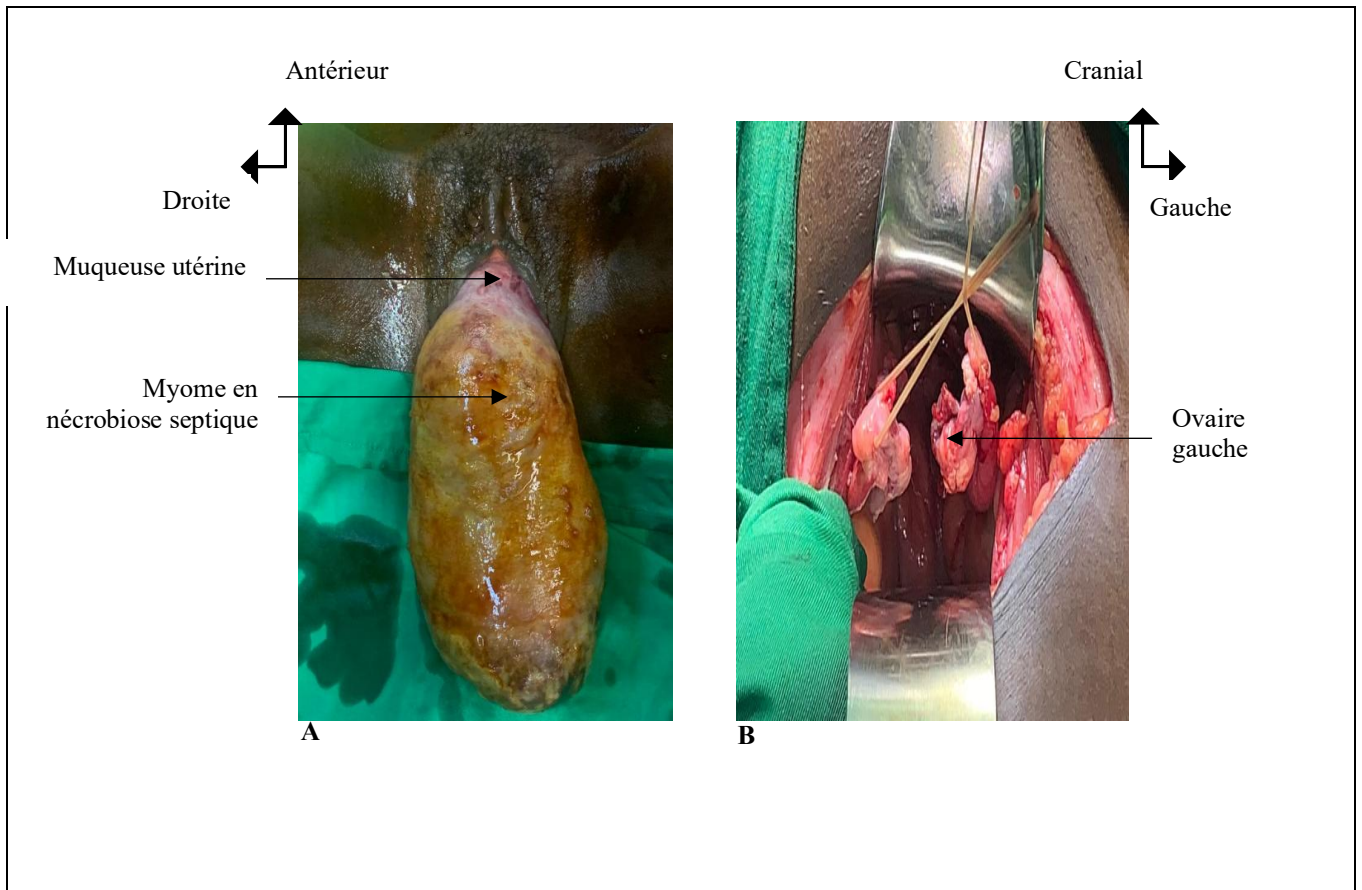


Figure 3 : Hystérectomie

- A.** Utérus inversé associé à un myome endocavitaire
- B.** Cavité pelvienne exposée à l'aide des écarteurs montrant les annexes, utérus non visualisé (vue supérieure).