

MINISTRE DE
L'ENSEIGNEMENT

SUPÉRIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi



UNIVERSITE DES SCIENCES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO

Faculté de médecine et d'Odontostomatologie

Année Académique: 2021-2022

No.....

TITRE

**PERFORATION UTERINE ENTRAINANT
UNE OCCLUSION INTESTINALE
SECONDAIRE A UNE INCARCERATION
DU GRELE A L'HOPITAL NIANANKORO
FOMBA DE SEGOU**

MEMOIRE :

Présenté et soutenu publiquement le 08/09/2022 devant la faculté de médecine et d'odontostomatologie par :

Dr Harouna TRAORE

Pour obtenir le DU en Echographie Générale

JURY:

Président: Pr Adama Diaman KEITA

Membre: Dr Mamadou N'DIAYE

Co-directeur: Dr Hamidou TOUNGARA

Directeur : Pr Mahamadou DIALLO

TABLE DES MATIERES

MATIERES.....	Pages
DEDICACES ET REMERCIEMENTS.....	
ABREVIATIONS.....	
PLAN.....	
INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS.....	2
GENERALITES.....	3
MATERIELS ET METHODE.....	9
OBSERVATION	10
RESULTATS.....	11
DISCUSSIONS.....	15
CONCLUSION.....	17
RECOMMANDATIONS	18
REFERENCES.....	20
RESUME.....	21

ABREVIATIONS

AG : Anesthésie générale

AMIU : Aspiration manuelle intra utérin

BTM/MN : Battement par minute

DIU : Dispositif intra utérin

HNF : Hôpital Nianankoro Fomba

TDM : Tomodensitométrie

TV : Toucher vaginal

DEDICACES

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

Je dédie ce mémoire

A Dieu l'éternel tout puissant, le clément, le miséricordieux qui par sa grâce et sa bonté m'a permis de mener à bien ce travail.

Que ta volonté soit sur terre.

A toutes les femmes qui souffrent dans leur quête pour donner naissance.

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

A mes parents d'ici et dans les cieux

Vous qui avez consacré le meilleur de vous à mon éducation et à ma réussite.

Vous avez su créer en moi l'amour du travail bien fait.

A ma femme et nos enfants, Koulako, Sékou, Oumou et Mariam

Vous m'apporter la joie de vivre sur terre, et cette force qui me permet au jour le jour de surmonter les épreuves. Merci de faire partie de ma vie.

A mes frères et sœurs plus particulièrement à Soumaila

Merci pour tout le soutien que vous m'avez apporté, chacun à sa manière

A la direction de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou, pour nous avoir acceptés dans leurs locaux.

Au service d'imagerie et de radiologie de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou

Pour nous avoir adoptés, des médecins radiologues au major DIALLO sans oublier les autres techniciens, les secrétaires, les internes, le personnel de soutien.

Sachez que votre convivialité a rendu notre séjour facile et agréable, on sait toujours senti chez nous. Soyez-en remercié et que dieu vous le rende.

A tous mes collègues stagiaires, je veux dire cette première promotion du DIU d'échographie générale et à Dr Housseyni ONGOIBA mon compagnon tout au long de ce parcours.

J'ai beaucoup appris avec chacun de vous et j'espère vraiment continuer à le faire, tâchons de faire en sorte que nos maitres soient fiers de nous.

A monsieur le Médecin Chef du District Sanitaire de Niono

Merci pour tout ce que vous avez fait pour le district sanitaire de Niono et particulièrement pour moi, votre soutien n'a jamais fait défaut. Recevez ici toute ma reconnaissance et ma gratitude.

A mes collègues médecins et à l'ensemble du personnel socio sanitaire du district sanitaire de Niono

Merci pour ce long parcours qu'on a fait et qu'on continue de faire ensemble. Sachez que cette œuvre est aussi la vôtre.

A tous mes amis, particulièrement Abdrahamane Niama TOGORA, Dr Zana DEMBELE pour ne citer que ceux-ci.

HOMMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

**A notre maître 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 Imagerie médico-légale et parasitaire**
- ✓ **Chef de service de Radiologie et d'Imagerie Médicale au centre Hospitalier Universitaire du Point G**
- ✓ **Ancien Recteur de l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (USTTB)**
- ✓ **Membre de plusieurs sociétés nationales et internationales de Radiologie**

Au-delà de votre compétence, votre savoir scientifique, vos immenses qualités humaines et votre abord facile font de vous un maître exemplaire.

Je vous prie d'accepter mes sentiments de sincères reconnaissances et de profond respect.

A notre maître et directeur de mémoire, Docteur Mamadou N'DIAYE

- ✓ **Spécialiste en Radiodiagnostic et Imagerie Médicale**
- ✓ **Maitre-assistant de Radiodiagnostic et Imagerie Médicale à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie de Bamako**
- ✓ **Colonel des Forces Armées du Mali**
- ✓ **Chef du Centre d'Imagerie des Armées de Bamako**
- ✓ **Membre fondateur de la société malienne de médecine militaire**
- ✓ **Membre de plusieurs sociétés nationales et internationales de Radiologie**

Cher maître, c'est un grand honneur pour moi que vous ayez accepté de juger ce travail ; votre modestie ; vos qualités d'homme de science, votre rigueur dans le travail, ont forcé l'admiration de tous. Veuillez accepter cher maître mes sentiments de reconnaissance et de respect.

Ce travail est aussi le vôtre.

**A notre maître et co-directeur de mémoire, Docteur Hamidou
TOUNGARA**

- ✓ **Spécialiste en Radiodiagnostic et Imagerie Médicale**
- ✓ **Praticien hospitalier**
- ✓ **Chef de service de Radiologie et Imagerie Médicale de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou**
- ✓ **Membre de la société malienne d'Imagerie Médicale (SOMIM)**
- ✓ **Membre de la société de radiologie d'Afrique noire francophone (SRANF)**

Votre abord facile, votre rigueur scientifique, votre enseignement de qualité, votre simplicité m'a été d'un grand apport tout au long de cette formation. Vous m'avez fait un grand honneur en m'acceptant dans votre service.

Veillez accepter cher maître l'expression de ma profonde reconnaissance.

**A notre maître et directeur de mémoire, Professeur Mahamadou
DIALLO**

- ✓ **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**
- ✓ **Expert Radioprotection et sûreté des sources de rayonnement**
- ✓ **Chef de service de Radiologie et d'Imagerie Médicale au centre Hospitalier Universitaire Gabriel TOURE**
- ✓ **Membre de plusieurs sociétés nationales et internationales de Radiologie**

Cher maître, votre rigueur scientifique, votre simplicité, votre disponibilité, votre grand sens de l'humanisme, la qualité de votre encadrement ont forcé l'admiration de tous. Les mots me manquent, pour exprimer clairement les sentiments qui m'animent aujourd'hui.

Cher maître, veuillez accepter mes sincères remerciements pour la qualité de l'encadrement reçu.

Que Dieu vous accorde longue vie.

PLAN

INTRODUCTION/ OBJECTIFS

I- GENERALITES

II- OBSERVATION

III-MATERIELS ET METHODE

IV-RESULTATS

V- DISCUSSIONS

VI-CONCLUSION

INTRODUCTION

INTRODUCTION

L'occlusion du grêle se définit comme étant un arrêt complet et persistant du transit des matières et des gaz dans le segment du tube digestif situé entre le pylore et la valvule iléo-caecale.

Elle représente 10 à 20% de douleur abdominale aigue de l'adulte [9].

Les brides et les adhérences sont les étiologies les plus fréquentes dans 70% des cas [9].

La mortalité est non négligeable avec 4 à 17% [9].

Les incarcerations de l'intestin grêle secondaire à une perforation utérine sont rares.

Nous rapportons le cas d'une patiente ayant présenté une occlusion intestinale secondaire à une perforation utérine avec incarceration intestinale diagnostiquée à l'échographie et à la TDM dont la réduction chirurgicale a été réalisée par laparotomie.

OBJECTIFS

OBJECTIFS :

Pour réussir ce travail les objectifs étaient les suivants :

✓ **Objectif général :**

- Décrire les caractéristiques de l'occlusion du grêle

✓ **Objectif spécifique :**

- Décrire les lésions associées
- Faire un partage d'expérience avec les autres

GENERALITES

I- GENERALITES

A- UTERUS :

L'utérus est un organe creux appartenant à l'appareil reproducteur féminin et destiné à accueillir et à favoriser le développement de l'ovule fécondé.

Il est situé dans le bassin à l'arrière de la vessie, et à l'avant du rectum. L'utérus se présente sous la forme d'une pyramide inversée. En sa partie supérieure, deux trompes utérines, ou de Fallope, viennent s'insérer sur chaque face latérale. Sa partie inférieure s'ouvre sur le vagin [15].

1- RAPPEL ANATOMIQUE :

1-1/ PENDANT LA GROSSESSE :

L'utérus grossesse subit d'importantes modifications portant sur sa morphologie, sa structure, ses rapports, ses propriétés physiologiques : le péritoine viscéral est hypertrophié, la vascularisation, tant artérielle que veineuse, subit une inflation considérable [8].

La capacité, le poids et l'épaisseur de l'utérus varient selon l'état clinique, de telle sorte que non gravide sa capacité varie de 2 à 3ml jusqu'à 4 à 5l à terme.

Quant à son poids, non gravide, l'utérus pèse 50gr et 900 à 1200 grammes à terme.

Son épaisseur quant à elle, en début de la grossesse, ses parois s'hypertrophient puis s'amincissent progressivement en fonction de la distension de l'organe.

A terme, l'épaisseur des parois est de 8 à 10cm au niveau du fond ; 5 à 7cm au niveau du corps.

1-2/ APRES L'ACCOUCHEMENT :

Les parois utérines se rétractent et deviennent plus épaisses qu'au cours de la grossesse avec :

1-3/ CONSISTANCE : Non gravide, l'utérus est ferme et mou pendant la grossesse.

1-4/ SITUATION : L'utérus est en situation pelvienne en dehors et pendant les premières semaines de la grossesse. En post partum, on assiste à son involution jusqu'à être pelvien vers le 12^{ème} jour.

1-5/ DIRECTION : En situation normal l'utérus est antéversé.

2- RAPPEL PHYSIOLOGIQUE :

L'utérus est avant tout destiné à accueillir l'embryon. Lors de fécondation de l'ovule, ce dernier va s'implanter dans l'endomètre au niveau du corps de l'utérus.

En absence de fécondation, l'endomètre, muqueuse du corps utérin, est détruit et évacué par le col de l'utérus puis par le vagin, phénomène correspondant aux menstrues.

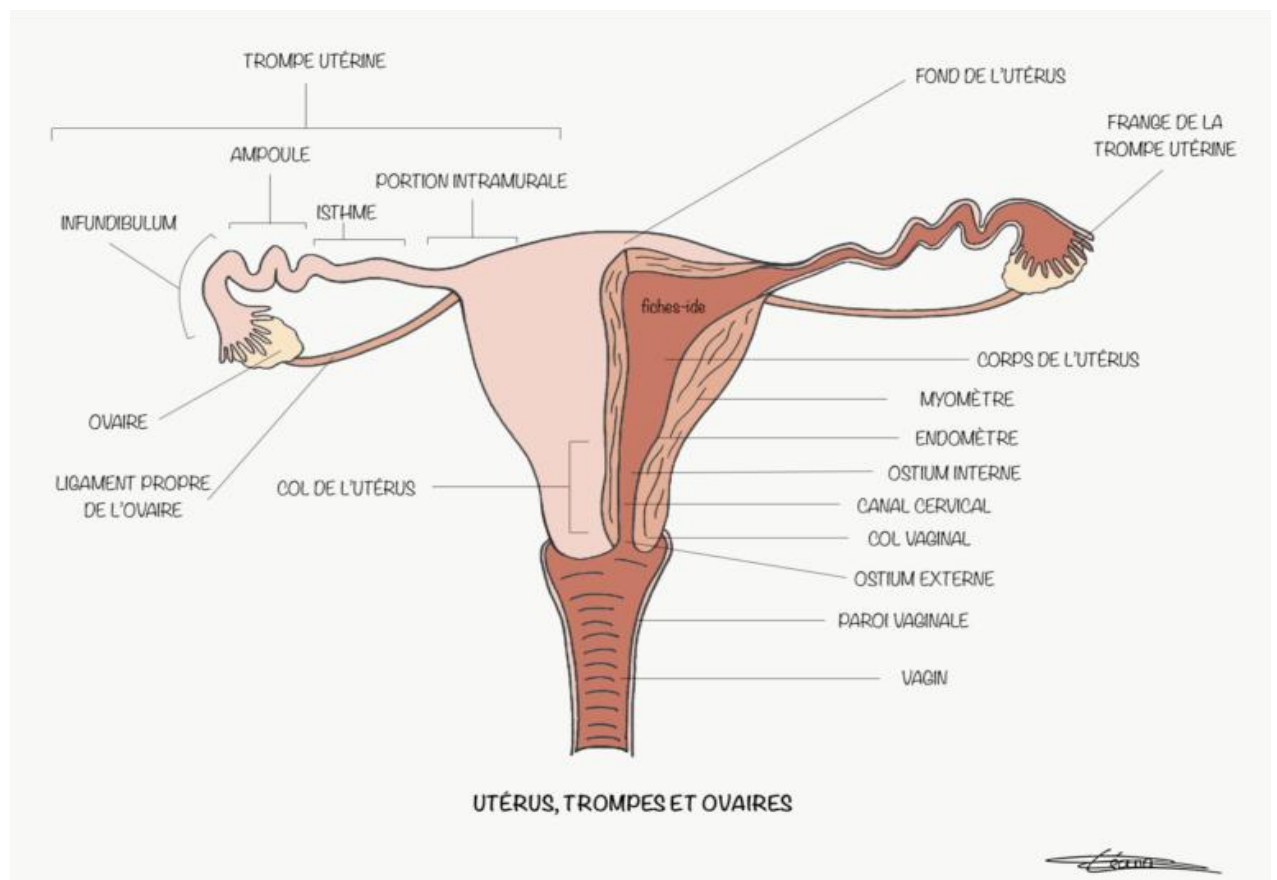


Figure 1 : Utérus normal [16]

B- RAPPELS ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES DE L'INTESTIN GRELE :

1- RAPPEL ANATOMIQUE : Le grêle est un organe majeur de la digestion, indispensable à la vie qui va du pylore à la valvule iléo-cæcale (valvule de Bauhin) ; long de 5-7m en moyenne, il comprend 2 parties : le duodénum et le jéjuno-iléon [10].

Il comprend un segment fixe, le duodénum, suivi de deux segments mobiles intrapéritonéaux, le jéjunum et l'iléon. Il mesure environ 7m.

Son diamètre normal est d'environ 30 mm et son épaisseur varie de 3 à 5 mm.

Le grêle se compose de quatre couches successives de dedans en dehors : la muqueuse, la sous muqueuse, la musculuse et la séreuse.

Le duodénum est le segment initial de l'intestin grêle. Il fait suite à l'estomac par l'intermédiaire du pylore et est suivi par le jéjunum à l'angle duodénojéjunal (angle de Treitz).

Le Jéjunum est la partie centrale de l'intestin grêle, en aval du duodénum et en amont de l'iléon. Il commence juste après l'angle de Treitz, qui fait la jonction entre le duodénum et le jéjunum.

L'iléon est la troisième partie (terminale) de l'intestin grêle en amont du côlon et en aval du jéjunum. C'est dans cette partie du tractus intestinal qu'est absorbée la vitamine B12.

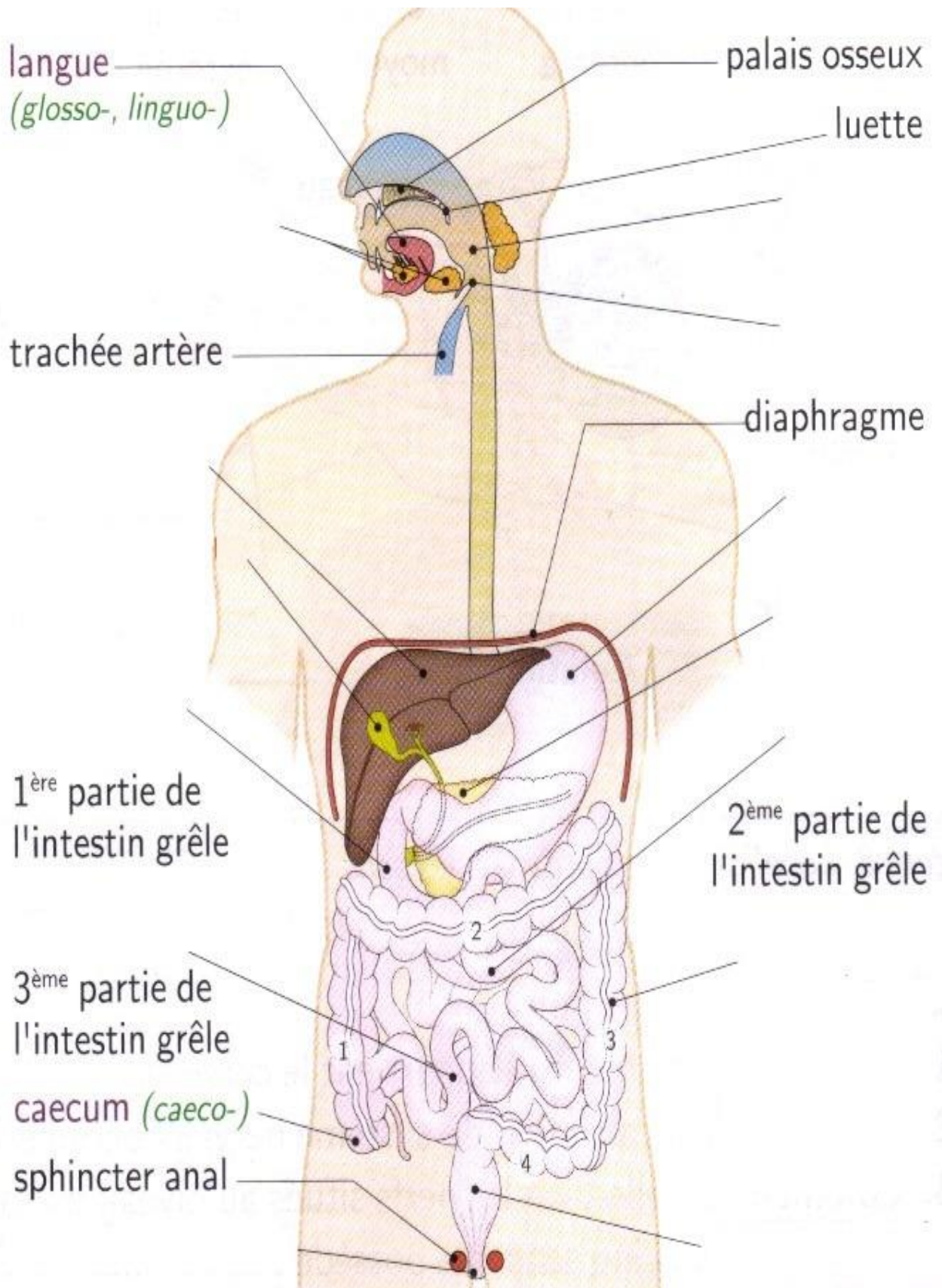


Figure 2 : schéma système digestif avec les différents segments de l'intestin grêle [17]

2- OCCLUSION DU GRELE :

On appelle occlusion intestinale aiguë toute interruption complète et persistante du cours des matières et des gaz dans un segment de l'intestin. Par opposition à une sub-occlusion qui se caractérise par le caractère incomplet de l'arrêt du transit. [9]

a- MECANISME :

L'occlusion peut être mécanique ou fonctionnel. Les occlusions fonctionnelles relèvent d'une altération de la motricité intestinale d'origine locale ou générale, de cause réflexe ou inflammatoire, qui aboutit à la paralysie intestinale. Les occlusions mécaniques peuvent relever soit d'une obstruction de la lumière colique, soit d'une strangulation engendrant une ischémie intestinale. [11, 12]

b- PHYSIOPATHOLOGIE :

Trois éléments sont à prendre en compte dans la physiopathologie de l'occlusion intestinale : la distension intestinale, les troubles de la micro circulation et les altérations des secteurs hydriques de l'organisme.

✚ **DISTENSION INTESTINALE** : La distension de l'intestin grêle représente un des points importants de la physiopathologie de l'occlusion. En effet, le contenu intestinal qui stagne en amont de l'obstacle provoque une dilatation de la lumière intestinale qui progressivement s'accroît, entraînant la poursuite des sécrétions, puis la diminution de la réabsorption liquidienne. L'augmentation de la distension est liée à la présence de gaz, due à la fois à l'ingestion de l'air dégluti et à la fermentation du contenu intestinal stagnant.

✚ **TROUBLES DE LA MICROCIRCULATION** : La persistance de la distension intestinale entraîne un blocage de la microcirculation et donc une hypoxie avec possible nécrose de la muqueuse.

ETIOLOGIES :

On peut décrire deux (2) groupes du point des occlusions du grêle : les étiologies mécaniques déterminées par un obstacle à la progression du contenu intestinal et les celles non organiques ou fonctionnelles, caractérisées par une paralysie intestinale réflexe.

- **OCCLUSIONS MECANIQUES :**

Pour les étiologies des occlusions mécaniques du grêle : Il faut distinguer les occlusions par obstruction et celles par strangulation.

L'occlusion mécanique touche par obstruction de du grêle dans 70 à 80 % des cas [11].

L'occlusion intestinale par strangulation : Il s'agit d'une occlusion avec participation vasculaire pouvant aboutir à terme à la nécrose viscérale ce qui la distingue de l'obstruction mécanique par obstruction.

- **OCCLUSIONS FONCTIONNELLES :**

L'occlusion fonctionnelle ou iléus paralytique ne constitue pas en tant que tel une entité nosologique mais représente une réponse paralytique du tractus gastro-intestinal à différentes affections organiques, inflammatoires ou métaboliques. [13, 14]

MATERIELS ET METHODES

II- MATERIELS ET METHODE

A- METHODE :

1- CADRE DE L'ETUDE :

Notre étude s'est déroulée à l'hôpital Nianankoro Fomba de Sékou

2- TYPE D'ETUDE :

Nous avons réalisé une étude descriptive et prospective.

B- MATERIELS :

Pour réaliser ce travail on a :

- ✓ Utilisé un appareil ultra sono graphique de type GE Healthcare avec option doppler, muni de deux sondes (profonde et superficielle)
- ✓ Du gel de couplage.
- ✓ Fait recours à la TDM pour apporter plus de précision
- ✓ Fait un suivi du patient en per et post opératoire

OBSERVATION

III- OBSERVATION

Il s'agit de Mme BK, âgée de 27 ans, 6^{ème} geste, 6^{ème} pare, a été reçue dans un Centre de Santé de Référence pour :

- Vertiges,
- Fièvre,
- Courbatures
- Hypersudation.

L'interrogatoire révèle un contexte de post partum tardif et une évacuation des débris placentaires par aspiration manuelle intra utérin (AMIU) et une notion d'arrêt des matières et des gaz.

En hospitalisation, l'évolution fut marquée deux jours après, par une distension abdominale, des vomissements et un arrêt des matières et gaz ayant nécessité une évacuation sur l'hôpital Nianankoro FOMBA (HNF) pour abdomen aigue.

A l'admission, l'examen clinique a retrouvé :

- Etat général passable,
- Bonne coloration des conjonctives et téguments
- TA à 150/80mmHg
- Fièvre à 38,9° c
- Tachycardie régulière à 106 btm/mn
- Score de Glasgow à 15/15.
- Distension abdominale avec un tympanisme,
- Utérus intra pelvien
- Au TV, le col était fermé avec un utérus subnormal.
- Mais pas de cri de l'ombilic.

RESULTATS

IV-RESULTATS

Nous avons réalisé une échographie et une TDM abdominopelvienne chez cette patiente qui ont mis en évidence :

- ✓ Une distension colique associée à une dilatation des anses grêles,
- ✓ Une brèche du fond utérin d'environ 20 mm avec incarceration intra-utérine d'une anse grêle et un épanchement pelvien.
- ✓ Un tissu irrégulier de forme tubulaire dans la cavité utérine, avec un petit foyer échogène (aire), apéristaltique.
- ✓ Présence de liquide libre échogène dans le cul-de-sac

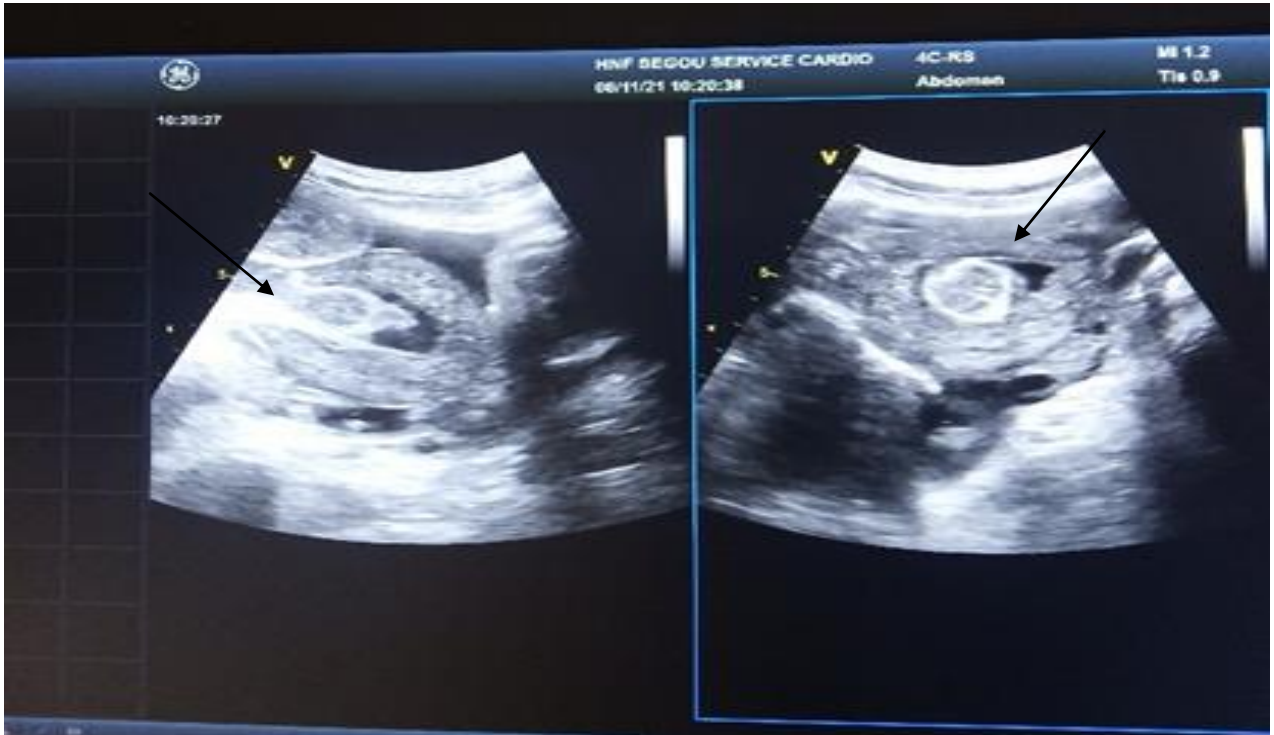


Figure 3 : coupe sagittale et transverse de l'utérus mettant en évidence une brèche fundique avec passage d'une anse intra utérine



Figure 4 : coupe transversale de l'abdomen montrant des anses intestinales distendues.

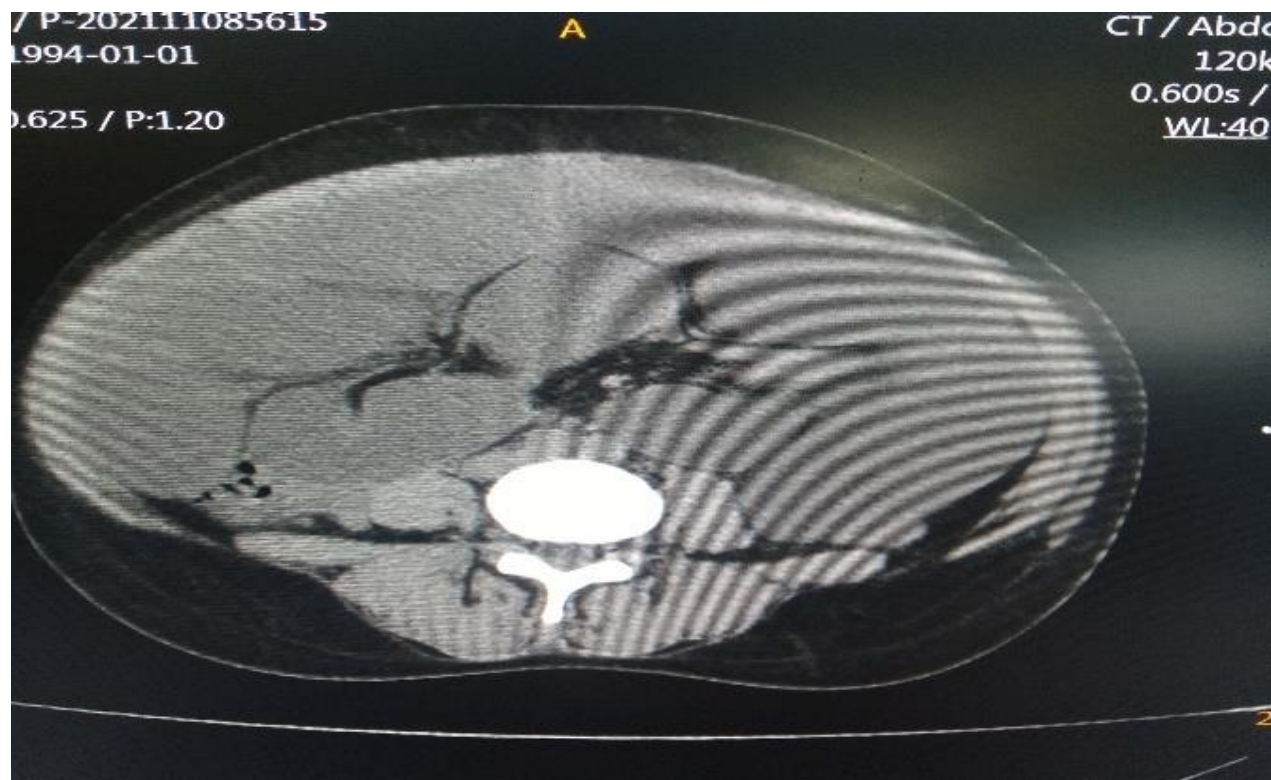


Figure 5 et 6 : coupes axiale/sagittale sans injection du produit de contraste de l'abdomen montrant des anses intestinales distendues et une brèche fundique avec passage d'une anse intra utérine.

Une laparotomie d'urgence sous AG, a permis de mettre en évidence une perforation utéro fundique mesurant 40 mm x 30 mm, avec incarceration du grêle dans la cavité utérine.

Une fermeture de la brèche après réduction de l'anse incarcerée a été réalisée.



Figure 7 : Vue opératoire de l'utérus avec une large brèche fundique

Malheureusement les suites opératoires ont été marquées par la survenue d'une anasarque ayant conduit au décès de la patiente.

DISCUSSIONS

V- DISCUSSIONS

Ces résultats nous ont permis de faire des discussions.

L'occlusion du grêle est le plus souvent haute, caractérisée par la précocité des vomissements, l'arrêt des matières et gaz tardifs [18].

Cependant l'occlusion intestinale après une perforation utérine reste extrêmement rare, elle est due en générale à un avortement instrumental ou à l'insertion de dispositif intra utérine [1].

Le diagnostic échographique de perforation utérine avec suspicion de piégeage intestinal a été signalé pour la première fois en 1983 par Dunner et al. [6]

Actuellement, il n'y a pas de facteurs de risque connu d'occlusion intestinale grêle après perforation utérine.

Cependant on pourrait évoquer quelques facteurs favorisants tels que :

- Les avortements clandestins
- Le curetage ou AMIU des débris placentaires, embryonnaires ou molaires
- Le diamètre de la perforation utérine
- Les grossesses multiples
- La mise en place ou le retrait de DIU

Pour Goran et al. la taille de la perforation utérine était supérieure à 20 mm dans 70 % des cas [2], tandis que dans notre cas elle était de 40 mm x 30 mm.

Le mécanisme le plus commun d'occlusion du grêle par incarceration est le prolapsus de l'anse secondaire à une perforation utérine consécutive à une AMIU ou à un curetage.

Chez notre patiente la perforation siégeait au dôme de l'utérus ; sans perforation intestinale associée comme on le voit ailleurs [25].

Nous avons retrouvé une distension abdominale, comme dans d'autres études dans lesquels le syndrome occlusif avec distension abdominale était le symptôme évocateur par excellence d'une occlusion du grêle [19].

La douleur abdominale et les vomissements sont des symptômes très fréquents d'occlusion du grêle [20], comme constatée chez notre patiente.

La notion d'arrêt des matières et des gaz apparaît dans l'immense majorité des cas [18, 21], les mêmes symptômes étaient présents dans notre cas.

La péritonite généralisée est la complication la plus fréquente après une perforation utérine [25], pour notre cas ce fut l'occlusion du grêle.

Dans notre étude et face au contexte, l'échographie et la TDM ont été les examens réalisés tandis que l'ASP reste l'examen de première intention devant toute suspicion d'occlusion du grêle [22].

L'étiologie de l'occlusion dans notre cas était l'incarcération du grêle dans la brèche utérine alors dans d'autres, les brides et les adhérences ont résumé l'ensemble des étiologies [6, 21, 24, 23, 18].

L'acte chirurgical a consisté à faire un débridement de la brèche utérine après laparotomie, suivi de sa fermeture par des points de suture comme dans la plupart des études réalisées [2].

CONCLUSION

VI- CONCLUSION

Les étiologies des occlusions intestinales sont nombreuses avec des mécanismes et physiopathologies diverses.

L'occlusion du grêle secondaires à un incarceration d'une de ses portions à travers une brèche est rare et, les manifestations cliniques peuvent être trompeuses surtout dans un contexte de post partum d'où l'intérêt capital de l'imagerie médicale pour poser rapidement le diagnostic.

L'ASP reste l'examen de première intention en cas de suspicion d'occlusion du grêle, mais devant le contexte nous avons d'abord réalisée une échographie abdominopelvienne complétée par un scanner.

RECOMMANDATIONS

VII- RECOMMANDATIONS

A l'issue de cette étude de cas les recommandations suivantes peuvent être formulées :

AUX PERSONNELS SOIGNANTS

- Respecter les mesures de prévention des infections pour chaque accouchement
- Respecter les normes et procédures en matière de gestion de la troisième phase de l'accouchement
- S'assurer toujours de la vacuité utérine après tout accouchement
- Procéder d'abord à une révision utérine bimanuelle en cas de suspicion de rétention partielle ou totale du placenta avant tout acte d'aspiration ou de curetage
- Respecter les conditions d'une AMIU de débris placentaires
- Réaliser à chaque fois une échographie de contrôle après tout manœuvre d'AMIU ou de curetage
- Faire les références à temps au niveau supérieur

A LA POPULATION

- Continuer à fréquenter et à temps les structures de santé

REFERENCES

REFERENCES

- 1- Kaali SG, Szigetvari IA, Bartfai GS (1989) The frequency and management of uterine perforations during first-trimester abortions. *Am J ObstetGynecol* 161 :406–408
- 2- Goran et al. Uterine perforation as a complication of surgical abortion causing small bowel obstruction: a review *Arch GynecolObstet* (2013) 288:311–323 DOI 10.1007/s00404-013-2749-4
- 3- Aliyu LD, Salihu MB (2003) Uterine perforation with associated bowel prolapse per vaginum during attempted termination of pregnancy at peripheral Hospital: a case report. *Nigerian J Med.*
- 4- Dillon EH, Case CQ, Ramos IM, Holland CK, Taylor KJ (1993) Endovaginal US and Doppler findings after first trimester abortion. *Radiology* 186 :8
- 5- Bar-Hava I, Aschkenazi S, Orvieto R, Perri T, Shalev J, Dicker D et al (2001) Spectrum of normal intrauterine cavity sonographic findings after first trimester abortion. *J Ultrasound Med* 20 :1277–128
- 6- Dunner PS, Thomas MA, Ferreras M, Jerome M (1983) Intrauterine incarcerated bowel following uterine perforation during an abortion: a case report. *Am J ObstetGynecol* 147 :969–970
- 7- Shulman SG, Bell CL, Hampf FE (2006) Uterine perforation and small bowel incarceration: sonographic and surgical findings. *EmergRadiol*13 :43–45
- 8- A K Diabaté : Rupture utérine à l'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes. Thèse de médecine Bamako 07M98.
- 9- ROHR S. Occlusions intestinales aiguës Faculté de Médecine ULP Strasbourg Année2002. Item217.Module 11
- 10- ROUVIERE H, DELMAS A. Anatomie humaine descriptive, Topographique et fonctionnelle. Tome 2 Paris : Masson1985–686p
- 11- MARIEB, Elaine N. Anatomie et physiologie humaine (traduction de la 4èmeédition Américaine). Paris : De Boeck Université1999-1194page
- 12- Haney A F, Doty E. The formation of coalescing peritoneal adhesion requires injury of both contacting peritoneal surfaces. *Fertil steril* 1994 ; 61 : 765–775
- 13- DARGENT Jet al Occlusions post-opératoires tardives du grêle par brides. Etude rétrospective de 47 dossiers, facteur de pronostic. *Lyon Chir.* 1987 ;83 ;404-406
- 14- DiZerega GS, Campeau JD. Péritoneal repair and post-surgical adhesion formation. *Human Reproduction update* 2001 ; 7 : 547–555. 19. Homdahl L, Eriksson E, Risberg B. Fibrinolysis in human peritoneum during operation surgery1996 ; 119 : 701–705.

- 15- <https://www.passeportsante.net/fr/parties-corps/aspectsuterus-Physiologie>.
- 16- <https://www.pinterest.fr/pin/591660469782633144/>
- 17- <https://quizlet.com/fr/263153634/chapitre-31-anatomie-de-lappareil-digestif-diagram/>
- 18- Eda TH, Bjerkeset T. Small bowel obstruction in patients previously operate don for colorectal cancer. EurJSurg1998 ; 164 : 587–592
- 19- Hirotada kittaka. Usefulness of Intestinal Fatty Acid-Bindng Protein in Predicting Strangulated Small Bowel Obstruction. A total of 37 patients. 2014 ; 9(6)
- 20- Maglinte D, Gage S, Harmon B. Obstruction of the small intestine and role of Ct in diagnosis accuracy. Radiology1993 ; 188 : 61-4.
- 21- HAROUNA Y (1), MAAZOUY (2), ALMOUSTAPHA I et al. Les occlusions intestinales aiguës par brides : A proposde87cas. Médecine d’Afrique noire, 2005
- 22- De Labrousse E, SaguetO, Destrumelle N et al. Jradiol Edit France de Radiol Paris2001 ; 82 : 930–2.
- 23- GK. Kouadio, HTTURQUIN. Prise en charge des occlusions post-opératoires du grêle par brides et adhérences au CHU de Treichville à Abidjan. Médecined’AfriqueNoire2004–51(12).
- 24- JOHANET H, TRAXLER O, MANCEAU C, CAZIN S, CHOSIDOW D. MARMUSE J. P et coll. Occlusion aiguë du grêle. Indications et résultats. ANN Chir. 1999,53 :859-864.
- 25- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5012734/>

RESUME :

Une perforation utérine après AMIU avec incarceration du grêle entraînant une occlusion est une urgence, de diagnostic souvent difficile à l'échographie, nécessitant l'apport d'autres moyens d'imageries.

Pour ce cas précis prise en charge à l'HNF Ségou, l'occlusion survient sur une anse incarcerée dans la brèche utérine suite à une AMIU de débris placentaires avec notion de post partum tardif (accouchement normal plus de 96 heures).

L'échographie et la TDM ont conclu à une occlusion du grêle.

Une laparotomie d'urgence a permis le constat d'une brèche utérine de 40x30 mm siège au niveau du dôme utérin.

Après réduction du grêle de la cités utérines, la brèche utérine a été ravivée et oblitérée par des points de suture.

Mots clés : utérus, perforation, occlusion, intestin, grêle, hôpital Nianankoro Fomba.