



## Cas clinique

### Eviscération trans-cervicale au cours d'un effort de défécation à Abidjan

Transcervical evisceration during a defecation effort in Abidjan

PIK Konan\*<sup>1</sup>, N'A Anoh<sup>1</sup>, NL Kouadio<sup>1</sup>, KH Ahue<sup>2</sup>, M Oyelade<sup>3</sup>, V Diomande<sup>1</sup>, N Kouyate<sup>1</sup>, A Sylla<sup>1</sup>,  
N Mbaïnande<sup>1</sup>, XF Ngoran<sup>1</sup>, S Bouede<sup>1</sup>, G Kouadio<sup>1</sup>

#### Résumé

Introduction : L'éviscération trans-cervicale (ETC) est une entité rare de l'éviscération per vaginale (EPV). C'est une complication grave car elle peut entraîner une occlusion intestinale avec nécrose d'anse. Elle survient le plus souvent dans un contexte de traumatisme. Les circonstances de survenue ne sont pas bien élucidées. Nous rapportons un cas dans notre pratique en passant en revue les mécanismes de survenue, les facteurs de risques, les lésions observées ainsi que leurs prises en charges à travers la littérature.

Cas clinique : Madame D.A, 33ans G2P2, avec antécédent de césarienne segmentaire transversale en 2022, accouchée récente par voie basse (nouveau-né de 07 jours). Evacuée de l'hôpital général d'Aboisso le 23/06/2024, pour issue d'anses grêles par le vagin au cour d'un effort de défécation. L'interrogatoire a retrouvé un accouchement dystocique nécessitant une expression utérine. L'examen clinique a conclu à une éviscération iléale étranglée trans- cervicale. Une laparotomie médiane a permis de la découverte d'une déhiscence partielle de la cicatrice du segment inférieur de l'utérus avec incarceration de l'iléon. L'anse était en souffrance. Il a été réalisé, une

réduction iléale, suivie d'une suture par point séparée de l'utérus, une toilette et drainage péritonéale. L'évolution était simple et la patiente est sortie à J6 post-opératoire.

Conclusion : L'expression utérine sur utérus cicatriciel a été le facteur favorisant. L'incarcération endocervicale de l'anse est la clé du diagnostic. Le traitement est toujours chirurgical et le pronostic dépend du délai de la prise en charge.

Mots-clés : éviscération trans-cervicale, hystérorraphie.

#### Abstract

Introduction: Transcervical evisceration (TCE) is a rare entity of intravaginal evisceration (EPV). This is a serious complication because it can lead to intestinal obstruction with loop necrosis. It most often occurs in the context of trauma. The circumstances of occurrence are not well understood. We report a case in our practice by reviewing the mechanisms of occurrence, the risk factors, the lesions observed as well as their management through the literature.

Clinical case: Mrs. D.A, 33 years old G2P2, with history of transverse segmental cesarean section

in 2022, recent vaginal birth (7-day-old newborn). Evacuated from the Aboisso general hospital on 06/23/2024, due to the release of small bowel loops through the vagina during a defecation effort. The interrogation revealed an obstructed delivery requiring uterine expression. The clinical examination concluded that there was a strangulated trans-cervical ileal evisceration. A median laparotomy revealed a partial dehiscence of the scar of the lower segment of the uterus with incarceration of the ileum. The cove was in pain. An ileal reduction was performed, followed by a stitch suture separated from the uterus, toileting and peritoneal drainage. The evolution was simple and the patient was discharged on post-operative day 6.

Conclusion: Uterine expression on scarred uterus was the contributing factor. Endocervical incarceration of the loop is the key to diagnosis. The treatment is always surgical and the prognosis depends on the time taken to treat it.

Keywords: transcervical evisceration, hysterorrhaphy.

## Introduction

L'éviscération per vaginale (EPV) est l'issue des anses intestinales à travers la cavité vaginale. C'est une complication grave car elle peut entraîner une occlusion intestinale avec nécrose d'anse mettant en jeu le pronostic vital [1,2]. Le plus souvent, il s'agit d'une rupture de la coiffe vaginale qui survient de façon isolée sur un terrain de rectocèle ou après hystérectomie [1,3]. Parfois, cette issue des anses se fait à travers le col utérin. On parle alors d'éviscération trans-cervicale (ETC). C'est une expression clinique très rare de cette affection. Quelques cas isolés ont été rapportés dans la littérature africaine [4,5]. Les signes réalisent un tableau d'occlusion accompagné d'une hémorragie endocervicale. Elles surviennent sur des femmes jeunes et ces mécanismes de survenue variables ne sont pas encore bien élucidés. C'est ce constat qui a motivé le rapport du cas d'une jeune dame qui a présenté au cours d'un effort de défécation,

une issue des anses à travers le col utérin.

Le but de cette observation était de passer en revue les mécanismes de survenue, les facteurs de risques, les lésions observées ainsi que leurs prises en charges dans la littérature.

## Cas clinique

Madame D. Aménagère domiciliée à la sous-préfecture d'Aboisso, 33 ans G2P2, antécédent de césarienne segmentaire transversale en 2022, accouchée récente (nouveau-né de 07 jours par voie basse).

Evacuée de l'hôpital général d'Aboisso le 23/06/2024 pour issue d'anses grêles par le vagin au cour d'un effort de défécation.

Elle aurait présenté un accouchement dystocique nécessitant des manœuvres d'expression utérine de la sage-femme. Elle aurait accouché un nouveau-né par voie basse. Il était en bonne santé apparente avec score d'APGAR à 9. Les suites ont été marquées par une légère pelvialgie calmée par des antalgiques usuels. Sans autres complications associées. Cependant 07 jours plus tard, devant la pelvialgie accompagnée de ténésme, elle remarqua une tuméfaction accouchée par le col au cours d'un effort de défécation. Ensuite un arrêt des matières et des gaz avec deux épisodes de vomissement. Elle serait conduite à l'HG d'Aboisso qui nous la refaire après mise en place d'une voie veineuse.

L'examen clinique a conclu à une éviscération iléale étranglée trans-cervicale avec anse viable, chez une femme anxieuse et agitée. Le bilan préopératoire était normal. L'indication d'une réduction intestinale a été posée. Par laparotomie médiane, une déhiscence totale de la cicatrice du segment inférieur de l'utérus a été découverte. Les anses étaient en souffrance sans nécrose.

Il a été réalisé, une réduction iléale, suivie d'une suture par point séparée de l'utérus, une toilette et drainage péritonéale. Aucune résection d'anse n'a été réalisée. L'évolution était simple. La patiente a repris le transit à J2 post opératoire et elle est sortie à J6.

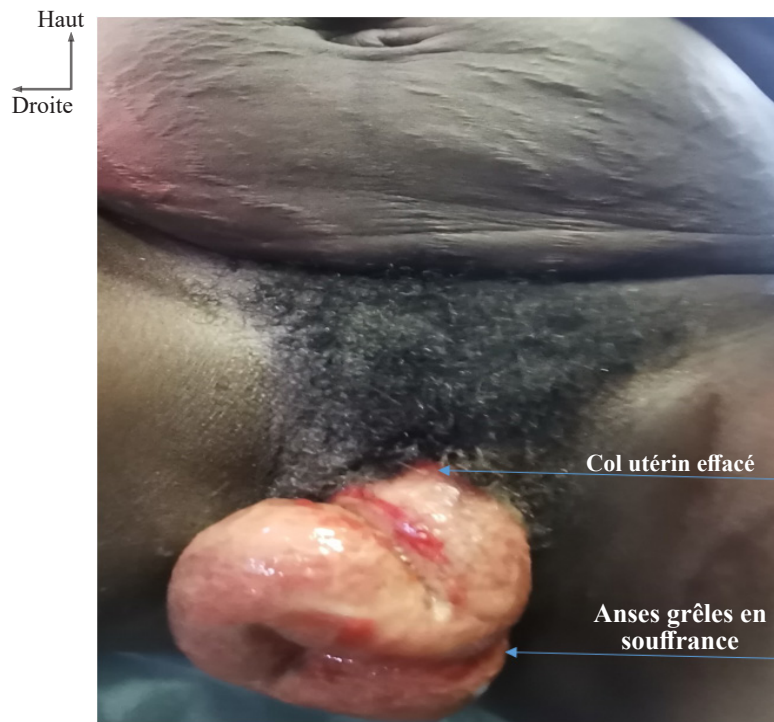


Photo 1 : éviscération trans-cervicale

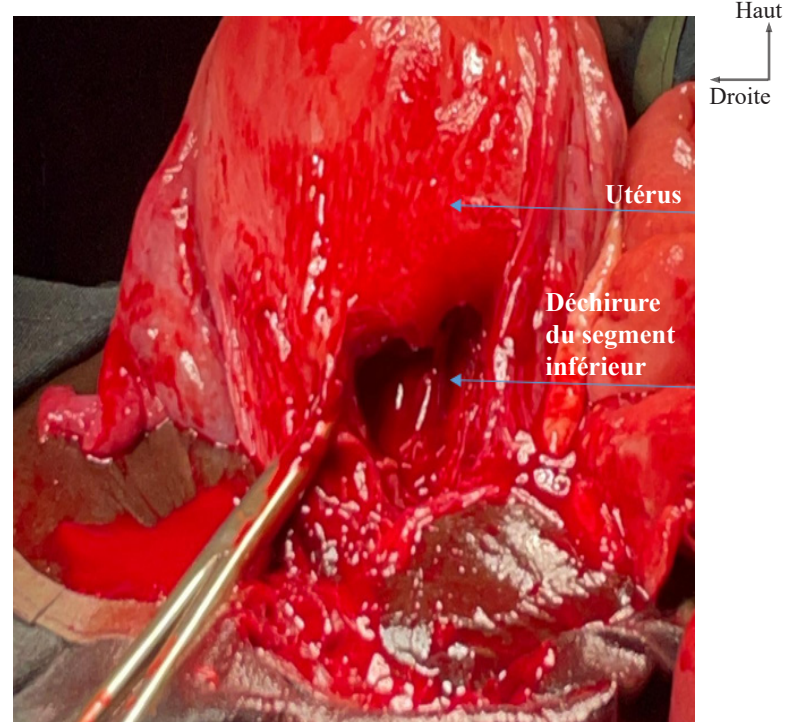


Photo 3 : déhiscence totale de la cicatrice de l'ancienne césarienne

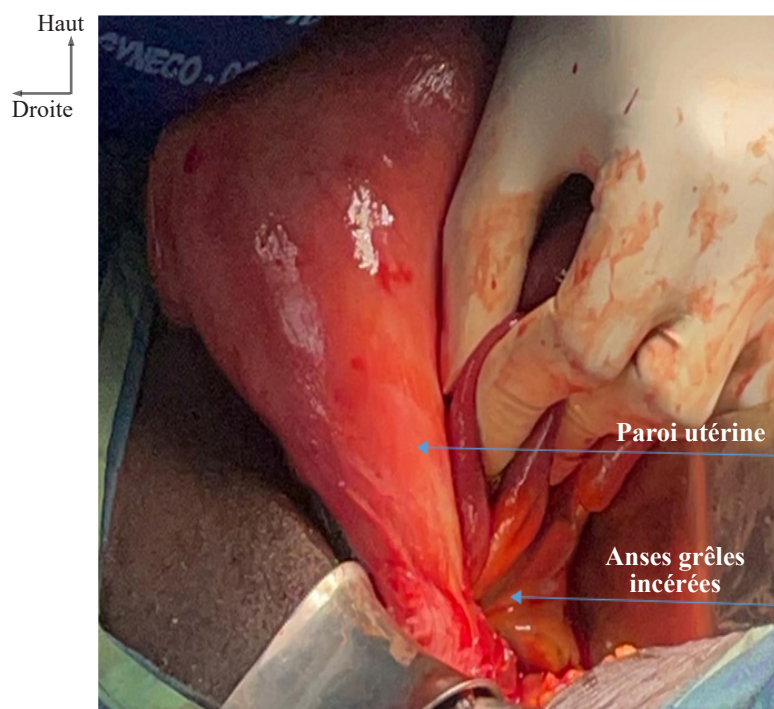


Photo 2 : anses grêles incarcérées à travers la paroi utérine

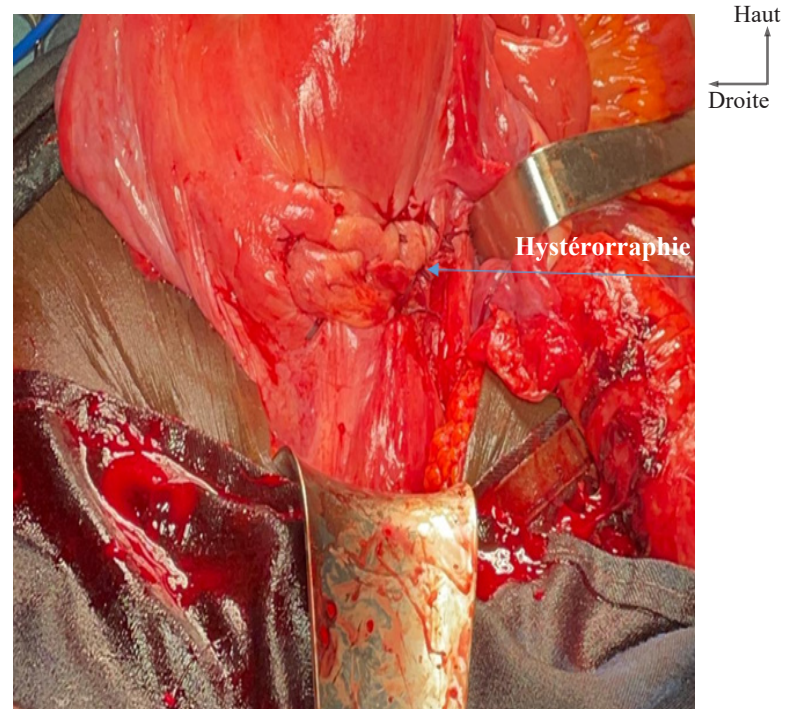


Photo 4 : hystérorraphie en deux plans

## Discussion

L'éviscération per vaginale est une affection rare. La plupart des auteurs n'ont rapporté que des cas isolés [3, 6,7]. Selon Parra et coll, elle a une fréquence de 0,032 à 0,28% [8].

Les mécanismes de survenue se répartissent en deux groupes. Ils sont soit traumatiques, soit atraumatiques [4, 5, 8]. Ces mécanismes de survenue sont fonction des caractères épidémiologiques et des antécédents des patientes.

Chez les adolescentes ou adultes jeunes, la survenue

de l'EPV est rare. Quand elle survient, le plus souvent c'est dans un contexte de traumatisme [4]. En effet, lorsque la patiente est jeune, les organes de soutènement pelvien sont résistants et il faut l'action d'une force extérieure pour entraîner la survenue d'une quelconque lésion pariétale. Ces traumatismes peuvent survenir au cours d'un rapport sexuel et entraîner une issue des anses à travers le vagin avec une hémorragie extériorisée. C'est ainsi que plusieurs auteurs ont rapporté des ruptures de la paroi vaginale au cours des rapports sexuels [9]. Dans le cas de Cody et coll, s'était une jeune dame de 40 qui avait présenté une éviscération vaginale post coïtale mais qui était favorisée par une hystérectomie laparoscopique 4 mois en arrière [10].

Cependant, lorsqu'il s'agit d'une jeune dame sans antécédent gynécologique particulier, cette complication peut survenir suite à certaines positions vicieuses du coït comme le décubitus dorsal avec hyper flexion des jambes, ou à l'utilisation de certains objets sexuels [9,11]. Parfois ces lésions peuvent être révélatrices de malformations génitales congénitales [12]. Elle peut être favorisée par l'âge jeune ou la virginité [12]. Aussi, chez l'adulte jeune, l'EPV peut survenir au cours d'une interruption volontaire de grossesse comme dans le cas de Ngowe [4]. En effet il avait rapporté le cas d'une dame de 34 ans G6P5 qui avait subi un curetage pour une aménorrhée de 07 semaines. L'évolution a été marquée par un syndrome péritonéal et une EPV avec les anses qui provenaient de l'endocol due à une perforation de la paroi postérieure de l'utérus. Il s'agissait au fait d'une éviscération trans-cervicale. Tchuénkan et coll avaient rapporté deux cas d'ETC suite à un avortement mal réalisé après dilatation et curetage endo-utérin [5]. Dans notre cas exposé, il s'agissait d'un concours de circonstance associant plusieurs facteurs déclencheurs. Notre patiente avait pour antécédent, une césarienne segmentaire transversale il ya 2ans. Elle a présenté 10 jours avant son admission, un 2ème accouchement par voix basse. Il s'agissait d'un accouchement dystocique pour lequel, une expression utérine a été réalisée par la

sage-femme. Associée à ces deux facteurs, il fallait ajouter, l'hyperpression abdominale suite à l'effort de défécation. Nous pensons qu'il s'agirait d'une rupture secondaire de l'utérus passée inaperçue et masquée par la douleur péri-partum. En effet un cas de rupture utérine a été diagnostiqué de façon tardive en per-opératoire après un accouchement dystocique [13]. Nous pensons que les conditions de survenue d'une ETC sont la dilatation du col et une plaie de la paroi utérine combinée à une hyperpression abdominale.

Chez la femme ménopausée, la survenue de l'EPV est plus fréquente par rapport à la jeune femme [6, 7]. Cela est du fait à la finesse de la paroi vaginale suite au déficit hormonal, à la mauvaise cicatrisation ainsi qu'une vascularisation réduite [7]. Cette atrophie de la paroi vaginale sera responsable d'une fragilité au cours des traumatismes ou lors des secousses au cours du coït. L'un des facteurs de risque les plus rencontrés était la notion d'antécédent de chirurgie pelvienne [14]. Il s'agissait très souvent de l'hystérectomie totale surtout par voie vaginale [3, 12]. Les interventions vaginales et l'existence d'une entéroccèle sont des facteurs de risque selon Kowalski. La rupture spontanée serait due à l'étirement progressif d'un vagin atrophique [15]. En effet au cours de l'hystérectomie par voie vaginale, il faut réparer la paroi vaginale par des sutures après l'ablation du col utérin. Cette suture va entraîner un raccourcissement de la cavité vaginale et une tension sur la paroi vaginale postérieure. La résultante sera la diminution de la résistance pendant les rapports sexuels. C'est ainsi que Agrawal et coll ont rapporté une rupture de la coiffe vaginale post-coïtale après hystérectomie totale [16]. A côté de ces facteurs sus-cités, la femme ménopausée, peut développer, un trouble de la statique des organes pelviens. Cela pourrait être dû aux multiples accouchements responsables d'une rectocèle ou colpoccèle. Le poids de ces organes sur la paroi vaginale postérieure affaiblie par la ménopause pourrait être responsable d'une éviscération spontanée per vaginale [6]. C'est une urgence chirurgicale car les anses sont en souffrance et parfois les lésions de nécrose peuvent se constater.

La gravité des lésions dépend de la rapidité de la prise en charge. Dans notre étude la patiente a été reçue au CHU de Treichville dans l'heure qui a suivi l'accident. Les anses grêles accouchées par le col utérin étaient en souffrance mais viables dans notre cas. Ngowe et coll ont trouvé aussi ces mêmes caractéristiques dans leur cas observé [4]. Ceci est dû au fait que l'intestin grêle est l'un des segments intestinaux les plus mobiles et avec un diamètre plus réduit et un mésentère étendu [17]. Ces caractéristiques font de ce segment l'un des plus retrouvés dans les hernies ou éviscération per-vaginales [3]

Ces anses grêles vascularisées par des vaisseaux de petits calibres qui sont étranglés peuvent entraîner une nécrose intestinale [1,5].

Le traitement était d'emblée chirurgical. Concernant la voie d'abord, il n'y a pas de consensus entre les praticiens. Certains auteurs préconisaient comme nous, la voie d'abord médiane tandis que d'autres se penchaient vers un abord vaginal. Nous avons réalisé une laparotomie classique médiane. Cette voie d'abord permet de mieux explorer toute la cavité abdominale et de ne pas passer outre une lésion négligée. Cependant certains auteurs comme Feiner et coll pensaient que le traitement par voie vaginal était possible mais cela était conditionné par l'état général du malade et la viabilité de l'anse [7,12]. Hur et coll réalisaient un abord vaginal devant une EPV. Ils préconisaient la réduction de l'anse, le sondage vésical puis la suture vaginale [21].

Dans notre travail, la laparotomie classique nous a permis de mettre en évidence, une rupture de l'ancienne cicatrice du segment inférieur de l'utérus avec l'anse grêle qui était en souffrance mais viable. Dans la littérature, ils s'agissaient généralement d'une rupture de la paroi vaginale postérieure, notamment la voûte vaginale [7,17]. Ngowe, Tchuankan et Nkwabong avaient trouvé une plaie de la face postérieure de l'utérus suite à une manœuvre abortive respectivement [4,5,19].

Le geste réalisé dépend surtout de la qualité de l'anse. Nous avons réalisé une réduction puis réintégration et hystérorraphie au fil résorbable n°1

suivie d'une toilette et d'un drainage avec fermeture pariétale. Ngowe et coll avaient réalisé la même technique car les anses étaient viables comme dans le nôtre [4]. Cependant auteurs réalisaient une résection anastomose iléale termino-terminale dans leurs cas [5,7,19]. Cela était dû au fait que les anses étaient infarciées.

Concernant la réparation de la paroi postérieure, la plus part des auteurs réalisaient une suture simple, par contre, certains auteurs renforçaient la paroi vaginale par une prothèse ou un lambeau épiploïque chez des femmes âgées [1]. Boubacar Zan réalisait une suture suivie d'une promontofixation car il s'agissait d'une récurrence de l'éviscération [3]. Nous avons opté pour suture simple vu que la malade était jeune avec des tissus bien fermes.

L'évolution a été simple dans notre cas et elle est sortie à J6 post-opératoire. Dans la littérature l'évolution après traitement était simple [1,4,12]. En effet le caractère impressionnant et insolite de cette affection compliquée d'une occlusion par strangulation en font toute l'urgence et la règle est la chirurgie en urgence sans aucun retard justifiable. Les malades sont opérées le plus souvent dans les délais et cela favorise le taux de guérison optimal.

## Conclusion

L'éviscération trans-cervicale est une entité rare de l'éviscération per-vaginale.

L'éviscération trans-cervicale est conditionnée par trois principaux facteurs à savoir une lésion pariétale de l'utérus, une ouverture du col et une hyperpression abdominale. L'anse grêle est le plus souvent l'organe enclavé. Le pronostic dépend de la rapidité de la prise en charge qui est toujours chirurgicale.

---

## \*Correspondance

Patrick Innocent Kouakou KONAN

[konan.58059027@gmail.com](mailto:konan.58059027@gmail.com)

**Disponible en ligne** : 15 Mars 2025

- 1 : Service de Chirurgie digestive et proctologique du CHU de Treichville.
- 2 : Service de Chirurgie digestive et endocrinologie du CHU de Treichville.
- 3 : Service de Gynéco-obstétrique du CHU de Treichville.

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2025

**Conflit d'intérêt** : Aucun

## Références

- [1] Delotte J, Iannelli A, Fayad S, Dahman M, Saïdi-Oliver M, Gugenheim J, et al. L'éviscération vaginale. À propos d'un nouveau cas. *Gynécol Obstet Fertil*. 2005;33(3):126-8.
- [2] Halwani Y, Nicolau-Toulouse V, Oakes J, Leipsic J, Geoffrion R, Wiseman SM. Transvaginal strangulated small intestinal hernia after abdominal sacrocolpopexy: case report and literature review. *Hernia*. 2013;17(2):279-83.
- [3] Traoré BZ, Benmansour A, Hachim H, Saoud O, Ekogha JC, Mbida R, et al. Éviscération vaginale post hystérectomie récidivante. *Am J Emerg Med*. 2004;22(6):454-9.
- [4] Ngowe MN, Ndjolo A, Mahop B, Ngonde SC, Ndom P, Passang O, et al. L'éviscération iléale per vaginum : une conséquence grave post abortum à propos d'un cas. *Méd Afr Noire*. 2006;53:283-5.
- [5] Tchuensam LW, Mbonda AN, Tochie JN, Mbem-Ngos PP, Noah-Ndzie HG, Bang GA. Transvaginal strangulated bowel evisceration through uterine perforation due to unsafe abortion: a case report and literature review. *BMC Women's Health*. 2021;21(1):98.
- [6] Cole JM, Abbas PI, Kamat A, Curtis M, Bonville DJ. Vaginal Rupture and Evisceration in a Patient With Chronic Rectocele: A Case Report and Literature Review. *J Curr Surg*. 2019;9(4):57-60.
- [7] Fuentes KJ, Arechavala Lopez SF, Fuentes I, Leal Hidalgo J, Martínez Zarate JJ. Atraumatic Spontaneous Transvaginal Small Bowel Evisceration: A Rare Surgical Emergency. *Cureus*. 2024;16(3):56564.
- [8] Parra RS, Rocha JJR da, Feres O. Spontaneous transvaginal small bowel evisceration: a case report. *Clinics (Sao Paulo)*. 2010;65(5):559-61.
- [9] Jones JS, Wynn BN, Kroeze B, Dunnuck C, Rossman L. Comparison of sexual assaults by strangers versus known assailants in a community-based population. *Am J Emerg Med*. 2004;22(6):454-9.
- [10] Newell CF, Larson NP, Yoo MJ. Small Bowel in Vagina: A Case for Pelvic Exams. *Cureus*. 2021;13(8):17412.
- [11] Zhou Y, Zhang Y, Liu W, Zhang W, Wang X, Yu X, et al. Spontaneous vaginal cuff dehiscence and evisceration of multiple organs: A case report. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(50):13670.
- [12] Feiner B, Lissak A, Kedar R, Lefel O, Lavie O. Vaginal evisceration long after vaginal hysterectomy. *Obstet Gynecol*. 2003;101(5, Part 2):1058-9.
- [13] Camara D, Kone J, Bocoum A, Keita MA, Traoré A, Kouma A, et al. Rupture Utérine de Diagnostic Tardif et Inopiné en Périnéopératoire après un Accouchement Dystocique par Voie Basse. *Health Sci Dis*. 2020;21(3).
- [14] Alfraidi R, Abdulaaly N, Alharbi A, Almodhaiberi H, Ali B, Sabagh H. Transvaginal small bowel evisceration: Case report and review of literature. *Int J Surg Case Rep*. 2022;96:107322.
- [15] Kowalski LD, Seski JC, Timmins PF, Kanbour AI, Kunschner AJ, Kanbour-Shakir A. Vaginal evisceration: presentation and management in postmenopausal women. *J Am Coll Surg*. 1996;183(3):225-9.
- [16] Agrawal A, Huang KG, Mendoza MCV. Emergency laparoscopic repair of coitus-induced vaginal cuff dehiscence: a case report. *J Med Case Rep*. 2020;14(1):40.
- [17] Rana AM, Rana AA, Salama Y. Small Bowel

Evisceration through the Vaginal Vault: A Rare Surgical Emergency. *Cureus*. 2019;11(10):5947.

[18] Hur HC, Lightfoot M, McMillin MG, Kho KA. Vaginal cuff dehiscence and evisceration: a review of the literature. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2016;28(4):297-303.

[19] Nkwabong E, Takongmo S, Simeu C, Ndi OR, Ngassa P. Evisceration trans vaginale suite à une perforation utérine par manoeuvre abortive: A propos d'un cas. *Clinics in Mother and Child Health*. 2006;3(2).

**Pour citer cet article :**

PIK Konan, N'A Anoh, NL Kouadio, KH Ahue, M Oyelade, V Diomande et al. Eviscération trans-cervicale au cours d'un effort de défécation à Abidjan. *Jaccr Africa* 2025; 9(1): 214-220

<https://doi.org/10.70065/2591.jaccrAfri.009L011503>