



RUPTURE UTERINE SUR UTERUS NON CICATRICIEL. A propos de deux cas enregistrés à la CUGO/CNHU de COTONOU

HOUNDEFFO T*, ADISSO S*, DOSSA Y, TSHABU -AGUEMON C*, HOUNKPATIN B**, TAKPARA I*,

* Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique

**Hôpital de la Mère et de l'Enfant-Lagune HOMEL

Adresse : Houndeffo Tiburce CUGO/CNHU-HKM Cotonou; E-mail : htiburce@yahoo.fr

RESUME

Introduction : la rupture utérine survient majoritairement sur un utérus cicatriciel et reste anecdotique sur un utérus sain.

Observation : nous rapportons deux (02) cas de rupture utérine sur utérus non cicatriciel survenue à la clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique du CNHU-HKM de Cotonou. La première est survenue chez une primigeste nullipare âgée de 31 ans porteuse d'une grossesse de 34 SA + 01 jour, dans un utérus polymyomateux avec un placenta prævia totalement recouvrant. Le second cas est celui d'une 3^{ème} geste nullipare, ayant eu 2 fausses couches spontanées, âgée de 26 ans adressée par un gynécologue pour une pré-éclampsie et échec de déclenchement au syntocinon à 39 SA révolues.

Conclusion : La rupture utérine dans un utérus sain est rare. Il faut y penser devant les facteurs du risque.

Mots clés : rupture utérine ; myome ; placenta prævia ; pré-éclampsie, déclenchement.

ABSTRACT

Introduction: Uterine break happens predominantly on a scar uterus and an anecdotal a rest on a healthy uterus.

Observation: We bring back two (02) cases of uterine break on healthy uterus happened in the private hospital academic of Gyneacology and Obstetric of CNHU-HKM of Cotonou to primigeste nullipare 31 years old holder of a pregnancy of 34 SA + 01 days in an uterus polymyomatus with an afterbirth praevia completely recovering. The second is 3rd one gesture nullipare, 2 spontaned miscarriages, 26 years old having addressed by a gynaecologist for pre-eclampsis + of launching failure in the syntocinon in 39 SA + 1 day.

Conclusion: The uterine break in normal uterus is care. Between any as factors we must thing at it.

Key words: uterine break; myome; afterbirth praevia; pré-éclampsis.

INTRODUCTION

La rupture utérine est définie comme étant toute solution de continuité non chirurgicale de l'utérus. Elle reste fréquente et révèle des formes graves, mettant en jeu le pronostic maternel et fœtal. Des milliers de mères en sont victimes. Les fœtus payent un lourd tribut à ce drame. Elle est devenue exceptionnelle et a presque disparu en occident grâce à la surveillance clinique et électronique du travail d'accouchement et aux mesures prophylactiques au cours de la grossesse [1, 2, 3, 4].

En Afrique et singulièrement en Afrique sud saharienne, la rupture utérine reste encore une des préoccupations essentielles de l'obstétricien [5, 6]. La rupture utérine survient majoritairement sur un utérus cicatriciel et reste anecdotique sur un utérus non cicatriciel.

Nous rapportons deux (02) cas de rupture utérine sur utérus non cicatriciel survenue dans la clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (CUGO) du CNHU-HKM de Cotonou.

Observation N°1

Mme T. Christelle âgée de 31 ans, primigeste nullipare venue d'elle-même consulter à la CUGO pour douleurs lombo-pelviennes sur grossesse de 34 SA.

L'examen à l'entrée a objectivé :

- une température à 36^o7 C
- une tension artérielle à 100/ 60 mm Hg
- un pouls à 120 bpm
- des muqueuses palpébrales pâles
- un œdème des membres inférieurs
- les seins étaient normaux
- une polypnée à type d'orthopnée

- l'abdomen était souple mais douloureux à la palpation
- l'utérus était tendu et sa hauteur mesurait 29cm
- les bruits du cœur fœtal sont positifs à 148 bpm
- la présentation est difficile à apprécier à cause de la dureté de l'utérus.
- Au toucher vaginal le col est sous symphyse court fermé, le doigtier revient avec des pertes banales.

Le taux d'Hb était à 8,9 g/ dl. Elle a été mise sous oxygénothérapie pour sa mise en condition.

L'échographie réalisée en urgence a retrouvé un utérus myomateux avec un noyau en nécrobiose, portant une grossesse mono fœtale évolutive de 33 SA + 2 jours, un fœtus en présentation transversale et un placenta prævia recouvrant total calcifié.

L'ECG fait révèle un trouble non spécifique de la repolarisation.

L'ionogramme sanguin a noté :

- une hypokaliémie à 2,5 mEq /L
- une natrémie à 141 mEq / L
- une chlorémie à 102 mEq /L

Elle est gardée en hospitalisation pendant 21 jours sur surveillance conjointe des gynécologues et des cardiologues pour myome en nécrobiose et placenta prævia totalement recouvrant avec orthopnée sur grossesse de 34 SA.

La consultation cardiologique faite à 36 SA + 01 jour a noté

- une hypertension artérielle à 150/ 100 mmHg
- des œdèmes discrets malléolaires bilatéraux

L'écho doppler cardiaque faite a conclu à une myocardiopathie hypertensive à fonction systolique du VG conservée et un trouble de la relaxation ventriculaire.

A 36 SA + 04 jours, elle a présenté une douleur abdominale atroce avec agitation.

L'examen physique a noté :

- les muqueuses palpébrales pâles
- une tension artérielle à 90/60 mmHg
- un pouls accéléré à 130 battements / minute (bpm)
- un utérus souple très douloureux à la palpation, une présentation fœtale irrégulière
- les bruits du cœur fœtal à 116 bpm irréguliers

Au toucher vaginal : le col est court sous symphyse fermé. Le doigtier revient avec une trace de sang rouge sombre. On décide alors d'une césarienne en urgence pour anomalie du rythme cardiaque fœtal, et placenta prævia.

On réalise une incision de Pfannestiel et à la coeliotomie, on découvre un hémopéritoine de

grande abondance d'environ 1000 cc avec des caillots qu'on aspire et une hystérotomie segmentaire transversale et une extraction par le pôle podalique d'un nouveau né de sexe féminin pesant 2580 g ayant un score d'APGAR à la première minute 2 et à la cinquième minute 5. La délivrance manuelle immédiate est suivie d'une révision utérine. Le délivre complet pèse 550g. L'exploration de l'utérus a permis de constater une rupture utérine postérieure, siégeant au niveau d'un magma adhérentiel (adhérence d'un myome, adhérence de l'épiploon et d'anses coliques). Après adhésiolyse la lésion est postéro-latérale droite de 15 cm environ avec des traits de refend.

Signalons qu'il existe également un myome pédiculé adhérent à l'épiploon et aux anses. On réalise une hystérorraphie en un plan au vicryl n°2, une repéritonisation, une ablation du myome pédiculé, une suture laborieuse de la face postérieure de l'utérus. L'hémostase est satisfaisante. Après la toilette humide de la cavité abdominale et la fermeture de la paroi plan par plan réalisées, elle a reçu en per opératoire une poche de culot globulaire. Elle a séjourné pendant 04 jours dans le service de réanimation avant d'être transférée à la CUGO. Elle a présenté au 7^{ème} jour post opératoire un hématome sous-cutané de la plaie opératoire, on réalise une ablation partielle des fils, une vidange de l'hématome puis un méchage à la bétadine. La plaie s'est cicatrisée au bout du 10^{ème} jour et elle est sortie de l'hôpital au 11^{ème} jour post opératoire en bonne santé.

Observation N°2

M^{me} O. Joséphine âgée de 26 ans 3^{ème} geste nullipare, 2 fausses couches spontanées, adressée par un gynécologue pour pré-éclampsie et échec de déclenchement au syntocinon à 39 SA + 1 jour.

La grossesse a été suivie par un gynécologue en clientèle privée. L'évolution a été marquée à 38 SA + 04 jours par un pré éclampsie, un bilan sanguin (uricémie – NFS et transaminases) a été demandé. Le bilan est revenu normal. Elle a été mise sous Aldomet 500, 1cp matin et soir.

Un déclenchement par perfusion de syntocinon a été fait à 39 SA + 01 jour sans succès. La décision d'une césarienne a été prise mais pour des convenances personnelles le couple a préféré venir à la CUGO.

A son admission à la Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique du CNHU-HKM, l'examen avait conclu à une pré -éclampsie sévère en phase de latence de travail d'accouchement sur grossesse de 39 SA + 1

jour. Il a été décidé d'une césarienne. Sous raché anesthésie, après une incision du Joël Cohen, l'incision, le décollement et le refoulement du péritoine segmentaire sont réalisés. Une hystérotomie segmentaire transversale a permis l'extraction par le pôle céphalique d'un nouveau-né de sexe masculin, baignant dans un liquide amniotique claire, criant aussitôt sur les champs, présentant un double tour de circulaire de cordon ombilical au cou et pesant 2740g, avec un score d'APGAR à la 1^{ère} mn – 8 et à la 5^{ème} mn -10; T= 47 cm ; PC = 34 cm; PT = 31 cm.

La délivrance manuelle immédiate d'un placenta normalement inséré avec un délivre complet qui pèse 310 g est réalisée. La révision utérine a permis de noter une rupture utérine segmento-corporéale de 8 cm verticale près du bord latéral droit de l'utérus. Une hystérorraphie en un plan au vicryl N°2 et une hémostase laborieuse mais satisfaisante sont réalisées. La toilette de la cavité abdominale est faite avec du sérum physiologique tiède plus de la bêta-dine. La fermeture de la paroi plan par plan avec du fil à peau est faite.

Les suites opératoires ont été compliquées au 14^{ème} jour post opératoire d'une hémorragie de grande abondance pour atonie utérine. Elle a été reprise au bloc opératoire pour laparotomie. Sous AG et intubation orotrachéale, incision de Pfannestiel, reprise de l'ancienne cicatrice dissection plan par plan, à la coeliotomie on objective un utérus brun atone. On découvre une déhiscence de la moitié droite de l'hystérorraphie apparemment par chute d'escarre. Il n'y a pas d'hémopéritoine. On procède à une hystérorraphie par des points séparés après ravivement des berges.

Avec une hémostase parfaite, et une fermeture de la paroi plan par plan, elle a reçu en post opératoire 05 poches de culot globulaire. Au 6^{ème} jour post opératoire de la reprise, elle a présenté un tableau de péritonite aigue. Elle a bénéficié d'une nouvelle laparotomie pour péritonite aigue d'origine appendiculaire à J 20 d'hospitalisation elle fut transférée dans le service chirurgie viscérale d'où elle est sortie à J7 post-opératoire soit aux 27 jours d'hospitalisations.

DISCUSSION

L'incidence

L'incidence de la rupture utérine en France, que l'utérus soit cicatriciel ou non, est estimée selon les séries entre 1/1000 et 1/2000 naissances et atteint 1/100 dans les pays en voie de développement [7, 8, 9]. Sur utérus non

cicatriciel, sa fréquence est estimée entre 1/1700 et 20 000 accouchements [10]. On note que parmi les ruptures spontanées, 17% apparaissent avant le début du travail. La majorité des cas de rupture publiés sont survenus en fin de grossesse ou pendant le travail [8,11]. La topographie peut être segmentaire et, notamment inférieure, lieu de prédilection lors du travail, ou corporéal pour les ruptures survenant avant le travail [8]. L'incidence est de 7,89‰ et 4‰ respectivement pour les périodes de 1986 à 1998 et de 1999 à 2008 à la CUGO.

Les facteurs de risques

Les facteurs de risques de rupture utérine spontanée sont nombreux (tableau1) [8, 9, 11, 12]. L'accumulation de ces facteurs chez les patientes des pays en voie de développement ainsi que le niveau de moindre surveillance médicale expliquent sans doute l'incidence plus élevée des ruptures utérines spontanées dans ces régions du monde.

Tableau 1 : Facteurs de risque de rupture utérine

- **CICATRICE UTERINE**
 - césarienne
 - myomectomie
 - salpingectomie
 - infection pelvienne
 - ventro fixation
 - curetage utérin
 - utéro plastie
 - résection de corne utérine
 - chirurgie prénatale
- **MULTIPARITE : 2 à 8 ENFANTS**
 - dystocies mécaniques
 - dystocies fœto-pelviennes
 - mal présentations (transverse, siège)
 - hydrocéphalie
- **PHARMACOLOGIE**
 - ocytocine
 - prostaglandine
 - misoprostol
- **MANŒUVRE**
 - forceps
 - vacum extractor
 - version
- **TRAUMATISME EXTERNE**
- **ANOMALIE D'INSERTION PLACENTAIRE**
 - placenta prævia
 - placenta percréta
- **MALFORMATION UTERINE**
 - utérus uni ou bicorne
- **TRAVAIL LONG**
- **CONDITIONS SOCIO-ECONOMIQUES DEFAVORABLES**

Nos patientes présentaient également des facteurs de risque de rupture utérine.

Dans le premier cas il s'agit de placenta praevia recouvrant et des myomes utérins.

Dans le 2^{ème} cas le facteur de risque est l'induction du travail avec perfusion de syntocinon.

Dans notre deuxième observation nous pourrions donc incriminer le déclenchement par perfusion de syntocinon.

Des travaux récents suggèrent qu'il y a une relation directe entre la progression de la dilatation cervicale et la densité des récepteurs myométriaux à l'ocytocine. De plus, il existe une sensibilité individuelle du myomètre à l'ocytocine, qui est un déterminant essentiel dans la réponse à son administration [13].

La perfusion de syntocinon doit toujours se faire avec une surveillance stricte ou doit être contre indiquée.

Signes d'appel clinique

Du point de vue clinique, dans notre 1^{ère} observation, la patiente présentait des signes d'appel témoignant de la rupture utérine.

Dans la 2^{ème} observation nous n'avons eu aucun signe d'appel clinique. On trouve de façon courante la violente douleur pelvienne associée aux métrorragies ainsi qu'une sensation de déchirement, sans qu'aucun de ces signes ne soit réellement évocateur. L'association des signes, bradycardie fœtale et disparition des contractions utérines, considérée comme pathognomonique par certains auteurs semble ne pas être retrouvée par d'autres. En effet lors d'une étude récente, un cathéter de pression interne a été posé chez 39 patientes lors de la rupture utérine et il s'est avéré qu'elles présentaient toutes soit une hypertonie, soit une tonicité utérine normale [14]. Enfin, il est courant de retrouver un hémopéritoine avec état de choc [8]. En cas de doute sur la rupture utérine et en absence de tout signe fœto-maternel péjoratif, certains auteurs ont proposé la réalisation d'examens complémentaires, à condition de ne pas retarder la prise en charge. L'échographie par voie transvaginale est l'examen d'accès le plus aisé et a prouvé son utilité dans le diagnostic [15]. Néanmoins, sa normalité ne permet pas d'exclure le diagnostic. La visualisation d'un hémopéritoine fera discuter soit une hémorragie obstétricale témoin d'une rupture utérine, soit une hémorra-

gie chirurgicale par une rupture vasculaire sous ou intraperitoniale. L'imagerie par résonance magnétique semblait plus performante tout en restant non irradiante, en visualisant directement la brèche utérine au contact de l'hémopéritoine grâce à son excellente résolution de contraste. Elle n'est cependant pas d'accès aisé en urgence [16].

LE TRAITEMENT

Concernant notre prise en charge, nous avons réalisé l'intervention césarienne et un traitement conservateur par réparation de la lésion. La rétraction utérine est stimulée par l'injection intra murale per opératoire de méthergin et de calcium. Elles ont reçu des poches de culot globulaire et de plasma frais congelé. Le risque de récurrence en cas de nouvelle grossesse varie de 4 à 19% selon les séries [8, 14]. Il est donc nécessaire d'informer parfaitement la patiente et de s'assurer de la compréhension afin d'instaurer une contraception efficace afin de planifier une grossesse ultérieure [17]. Selon LIM et al, il n'y a aucune raison de contre indiquer chez la patiente une nouvelle grossesse à condition que des mesures de surveillance soient entreprises. Bien qu'il n'existe pas de réel consensus sur le suivi, il apparaît clairement qu'une nouvelle grossesse se soldera par une césarienne prophylactique. L'âge gestationnel auquel aura lieu l'intervention, idéalement à 38 SA, se fera au cas par cas en fonction du déroulement des grossesses ultérieures, du type de cicatrice utérine, de l'âge de surveillance de la rupture utérine et d'antécédent de travail prématuré [17].

CONCLUSION

La rupture utérine sur utérus non cicatriciel est une complication exceptionnelle et grave, qui doit être connue par tout obstétricien et évoquée devant une altération grave du rythme cardiaque fœtal associée ou non à une hémorragie et des douleurs pelviennes brutales [1]. Cette complication obstétricale grave est évitable, c'est pour cette raison, qu'il faut mettre l'accent sur la nécessité de la recherche des facteurs de risques, du respect de la surveillance de la perfusion du syntocinon et de l'utilisation des ocytociques et ainsi assuré la prise en charge précoce des patientes à haut risque de rupture utérine [7].

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- **DIALLO F B, IDI N, VANGEEDEHUYSEN C, BARAKA D, HADIZA I, SAHAB I, LABO I, DARE M, GARBA M.** La rupture utérine à la maternité centrale de référence de Niamey (NIGER). Médecine d'Afrique Noire, 1998 ; 45 (5) p 310 – 5

- 2- **DE TOURRIS H, HENRION R, DELECOUR M.** Abrégé illustré de gynécologie obstétrique. 6^{ème} édition-Masson 1994 ; p 506-9
- 3- **LANSAC J, BERGER C, MAGNIN G.** Obstétrique pour le praticien. 1^{ère} édition SIMEP 1990 ; p 263
- 4- **MERGER R, LEVY I, MELCHIOR J.** Précis d'obstétrique. 5^{ème} édition Masson 1993 ; p 349-53
- 5- **KEITA N, DIALLO M S, ISAZ Y, BARRY M D, TOURE B.** Ruptures utérines à propos de 155 cas observés à Conakry. J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod.1989 ; 18, 1041-7
- 6- **DOLO A, KEITA B, DIA B, ATE F S, MAIGA B.** Ruptures utérines au cours du travail à propos de 21 cas. DAKAR Med. 1990 ; 35, (1) 61-4
- 7- **FATFOUTA I, VILLEROY de GALHAU S, DIETSCH J, EICHER E, PERRIN D.** Rupture utérine spontanée sur utérus sain pendant le travail : à propos d'un cas et revue de la littérature. J. gynécol. Obstét. Biol. Reprod.2008; 37, 200-3
- 8- **BRETONES S, COUSIN C, GUALANDI M, MELLIER G.** Rupture uterine. J Gynécol Obsté Biol reprod 1997; 26: 324-7
- 9- **CATANZARITE V, COUSIN L, DOWLING D, DANESHMAND S.** Oxytocin-associated rupture of an unscarred uterus in a primigravida. Obstet Gynecol 2006; 108:723-5
- 10- **OFIR K, SHEINER E, LEVY A, KATZ M, MAZOR M.** Uterine rupture: differences between a scarred and an unscarred uterus. Am j Obstet Gynecol 2004; 191:425-9
- 11- **WANG Y L, SUTH.** Obstetric uterine rupture of the unscarred uterus: a twenty-year clinical analysis. Gynecol Obstet Invest 2006; 131-5
- 12- **TURNER M J.** Uterine rupture. Best Pract Res Clin Obstet Gynecol 2002; 16:69-76.
- 13- **REZAPOUR M, BACKSTROM T, ULMSTEN U.** Myometrial steroid concentration and oxytocin receptor density in parturient women at term. Steroids 1996; 61:338-44
- 14- **MAZZONE M E, WOOLEVER J.** Uterin rupture in a patient with an unscarred uterus: a case study. WMJ 2006; 105 : 64-6
- 15- **ACTON C, KING V, WHITEHEAD J.** Sonographic diagnosis of uterine rupture with a successful outcome Aust N Z J. Obstet. Gynecol 2004; 44: 473-4
- 16- **KARIM M H, BRET F C, ALLAHNA A C, HALINA P W, MRI.** Diagnosis of spontaneous uterine rupture of an unscarred uterus. Emerg Radiol 2006; 12:186-8
- 17- **LIM A C, KWEE A, BRUINSE H W.** Pregnancy after uterine rupture: a report of five cases and a review of the literature. Obstet Gynecol Surv 2005; 60: 613-7