



Cas clinique

Rupture utérine spontanée à 24 semaines de grossesse chez une multipare sur un utérus uni cicatriciel : à propos d'un cas

Spontaneous uterine rupture in a 24-week pregnancy in a multipara with a uni-scarred uterus: a case report

A Samaké*¹, SO Traoré², L Diarra³, M Keita¹, M Haidara³, M Diallo¹, M Konaté¹, M Maiga¹, MS Ag Med Elméhdhi Elansari¹, L Diarra⁴, D Kassogue⁵, AT Soumaila⁶, SZ Dao⁷, H Samake², S Camara¹, M Traore⁸, S Diarra¹

Résumé

La rupture utérine symptomatique spontanée au deuxième ou au début du troisième trimestre sur un utérus cicatriciel chez les femmes non en travail est une urgence obstétricale très rare, dont le diagnostic est difficile. Le risque de rupture utérine sur un utérus cicatriciel est estimé autour de 0,7 %. La reconnaissance des signes cliniques et la disponibilité de l'échographie peuvent aider à établir le diagnostic et permettre une intervention chirurgicale rapide. Les auteurs rapportent un cas de rupture utérine spontanée sur grossesse de 24 semaines diagnostiquée comme une grossesse abdominale survenue chez une multipare avec antécédent d'utérus uni-cicatriciel.

Mots-clés : rupture utérine, spontané, utérus cicatriciel.

Abstract

Spontaneous symptomatic uterine rupture in the second or early third trimester on a scarred uterus in non-laboring women is a very rare obstetric emergency, the diagnosis of which is difficult. The risk of uterine rupture in a scarred uterus is estimated

to be around 0.7 % [1]. Recognition of clinical signs and availability of ultrasound can help establish the diagnosis and allow rapid surgery. The authors report a case of spontaneous uterine rupture in a 24-week pregnancy diagnosed as an abdominal pregnancy in a multipara with a history of unicicatricial uterus.

Keywords: uterine rupture, spontaneous, scarred uterus.

Introduction

Au cours des deux dernières décennies nous assistons à une augmentation du taux de césarienne dans la plupart des pays. Les taux de césarienne rapportés par la littérature sont de 17- 23 % en France, 15,8% en Grande Bretagne, les taux les plus importants sont rapportés aux Etats-Unis, où il serait actuellement de 35,43% [2]. En Afrique la fréquence est de 2,3% au Burkina Faso, 3,32% au Sénégal 2,1% au Bénin et 2,4% au Mali. [2]. La rupture utérine est une complication obstétricale qui peut de plus en plus être rencontrée pendant la grossesse ou au cours de l'accouchement.

Le risque de rupture utérine sur un utérus cicatriciel est estimé autour de 0,7 % [1]. Le plus souvent cette cicatrice fait suite à une césarienne ou plus rarement d'origine gynécologique. Ainsi l'utérus cicatriciel est défini comme un utérus portant en un endroit quelconque du corps ou de l'isthme une ou plusieurs cicatrices myométriales [3]. Les différentes études publiées retrouvent une incidence de rupture utérine comprise 0.32 à 1.4% pour les utérus cicatriciels [4]. La rupture utérine qui survient au cours de la période de gestation peut être difficile à prévoir. En même temps il est difficile d'obtenir un diagnostic correct en temps opportun de la rupture utérine pour prévenir la détérioration de l'état de la patiente [5]. Les auteurs rapportent un cas de rupture utérine spontanée sur grossesse de 24 semaines diagnostiquée comme une grossesse abdominale survenue chez une multipare avec antécédent d'utérus uni-cicatriciel.

Cas clinique

Patiente mariée, âgée de 23 ans, 4^{ème} pare et 5^{ème} geste, avec deux enfants vivants. Elle a été évacuée d'une clinique médicale située à 15km de la ville de Bamako pour un saignement de sang noirâtre sur utérus cicatriciel sur une aménorrhée de 24 semaines environ. Dans ses antécédents on note essentiellement une césarienne en 2020 dans un centre de santé de l'intérieur du Mali pour un hématome retro placentaire classé grade II de Sher, dont le compte rendu opératoire de cette césarienne n'était disponible. On note aussi deux enfants décédés, le premier en 2015 à 9mois et un le deuxième à 7jours en 2020. Sa date des dernières règles n'était pas connue. L'histoire de sa maladie débute le 27/05/2021 marquée par une douleur abdominale inhabituelle pour laquelle, elle consulte dans un cabinet médical où elle a reçu une médication non spécifiée. Le 28/06/2021 ; la douleur n'avait pas cédé et apparaissait sur cette douleur une métrorragie de sang noirâtre. Devant cette nouvelle évolution ; la patiente a été référée au centre de santé de référence de la commune VI, où elle bénéficia d'une échographie pour voir la vitalité fœtale qui conclut à une grossesse

extra utérine de localisation abdominale arrêtée de 23SA+05jours. Une seconde échographie demandée le même jour, montre une grossesse abdominale arrêtée de 24SA avec un volumineux hématome retro placentaire de 87x55mm du pôle inférieur. Ainsi nous prenons la décision d'une laparotomie exploratrice. A son admission, à l'inspection l'abdomen avait un grand axe longitudinal, les conjonctives colorées, une corpulence normale, la vulve était souillée de sang noirâtre. Elle présentait un bon état général. A la mensuration la hauteur utérine (masse) était de 20cm, au le toucher vaginal, un col long postérieur fermé, un utérus souple augmentée de taille. La palpation était douloureuse. La tension artérielle était à 110/70mmHg. Le bilan biologique demandé montrait un groupe B+, un taux d'hémoglobine à 10g/dl, l'hématocrite à 30%, une glycémie à 0,8g/dl, une créatininémie à 64mg/dl avec un temps de saignement à 3,30 secondes et temps de coagulation à 10,30 secondes. Devant ce tableau, il fut décidé de réaliser une laparotomie exploratrice pour suspicion d'une grossesse abdominale arrêtée de 24 SA. L'intervention fut réalisée sous anesthésie locorégionale. A la coeliotomie en pfannestiel nous avons aspiré environ 100cc de liquide séro hématisé. L'exploration de la cavité permet de retrouver un utérus globuleux, le fœtus et ses annexes expulsés dans la cavité abdominale avec membrane intacte (Figures 1,2).

Après extraction du fœtus et de ses annexes, nous découvrons une rupture utérine postérieure latérale gauche s'étendant sur tout l'utérus du fond jusqu'à 1cm du col et un fœtus mort (Figures 3, 4).

Le traitement a consisté après une révision utérine à une hystérorraphie suivie du nettoyage de la cavité abdominale avec du sérum physiologique. L'exploration du reste de l'abdomen et de la vessie était sans particularité. La patiente n'a pas été transfusée. Les suites opératoires étaient simples et la patiente et libérée après 48heures d'hospitalisation.

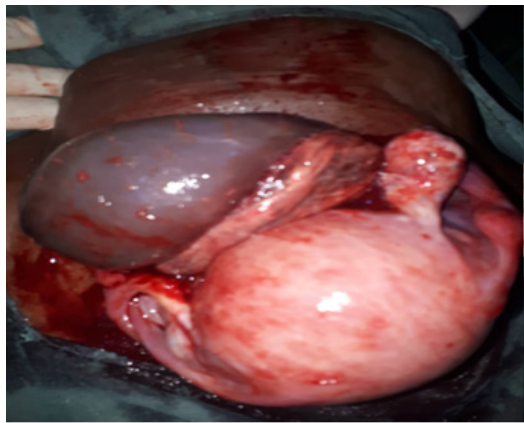


Figure 1 : utérus et lésion



Figure 2 : fœtus et annexes, utérus



Figure 3 : lésion utérine



Figure 4 : fœtus

Discussion

La rupture utérine se définit comme la survenue d'une communication entre les cavités abdominale et utérine. La déhiscence, ou rupture sous péritonéale, se caractérise par une déchirure du myomètre avec respect du péritoine viscéral [6]. Les ruptures spontanées surviennent généralement sur un utérus cicatriciel et rarement sur utérus sain. Elles peuvent être spontanées ou provoquées mettant en jeu le pronostic vital de la mère et le fœtus [6]. Son étiologie principale demeure l'antécédent de césarienne et en cas d'accouchement sur utérus cicatriciel, la rupture utérine demeure la complication majeure qui survient le plus souvent pendant le travail [7]. De nombreuses études concordent et retrouvent l'antécédent de césarienne comme le principal facteur de risque de la rupture utérine. En effet, le risque de rupture utérine est multiplié par 40 en cas d'antécédent de césarienne, selon l'étude suédoise de cohorte menée auprès de 300 femmes par Kaczmarczyk[8]. Dans une série malgache la fréquence de la rupture utérine sur utérus uni cicatriciel était de 0,07% des accouchements et 8,84% des utérus cicatriciels[9]. La rupture utérine symptomatique spontanée au deuxième ou au début du troisième trimestre chez les femmes non en travail est une urgence obstétricale très rare, difficile à diagnostiquer [10]. La rupture utérine peut se produire à tous les âges gestationnels, mais elle survient dans la grande majorité des cas en 2ème moitié de grossesse et au cours du travail. Les ruptures utérines précoces au cours du deuxième trimestre surviennent dans des situations particulières [11]. Il n'y a pas de tableau clinique pathognomonique ni de signes cliniques précurseurs de la rupture utérine sur utérus cicatriciel. Les manifestations cliniques sont variables et la triade symptomatique classique associant douleur sus-pubienne continue, diminution de l'intensité des contractions utérines et métrorragies souvent prise en défaut [11]. Les signes cliniques les plus courants de la rupture utérine est l'apparition soudaine de douleurs abdominales sévères, saignement vaginal ce qui est arrivé à notre patiente, choc hypovolémique

et de la fièvre [12] qui ont été absents dans notre cas. L'échographie peut confirmer l'hémopéritoine, mais son utilité dans le diagnostic de la rupture utérine était limitée. L'IRM a démontré une précision supérieure dans l'évaluation des défauts de la paroi utérine, la tomodensitométrie (TDM) abdominopelvienne est aussi considérée comme l'examen idéal pour un diagnostic correct devant une rupture utérine [6-12]. Dans notre cas, les deux échographies réalisées n'ont pas été contributive au diagnostic de rupture utérine. Toute suspicion de rupture utérine symptomatique doit conduire à réaliser une laparotomie en urgence. Chez notre patiente devant, le jeune âge, le désir de maternité, un traitement conservateur a donc été entrepris par une hystérorraphie. Cette technique a été également la principale option thérapeutique chez d'autres auteurs [9-13]. Cette technique de conservation avec réparation des lésions utérines doit être entreprise lorsqu'il est techniquement possible, en première intention. Mais cette technique a un risque de récurrence à la prochaine grossesse de l'ordre de 4 à 19% [14]. Mais l'hystérectomie peut parfois être nécessaire, notamment en cas de difficulté technique ou d'échec de conservation de l'utérus [15].

Conclusion

L'utérus cicatriciel représente un facteur de risque de rupture utérine. Le diagnostic d'une rupture utérine sur utérus cicatriciel peut-être tardif. Ainsi un diagnostic précoce suivi d'une prise en charge rapide coordonnée est essentielle pour réduire la mortalité et la morbidité materno-fœtale.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la conduite de ce travail. Tous les auteurs déclarent également avoir lu et approuvé la version finale du manuscrit.

***Correspondance**

Alou Samaké

alousamake2008@gmail.com

Disponible en ligne : 06 Septembre 2021

- 1 : Centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako
- 2 : Centre de santé de référence de la commune V du district de Bamak
- 3 : Hôpital de dermatologie de Bamako HDB (ex-CNAM)
- 4 : Centre de santé de référence de Kalaban Coro
- 5 : Hôpital de Tombouctou
- 6 : Service de gynécologie Obstétrique Hôpital de Sikasso
- 7 : Centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako.
- 8 : Service de Chirurgie générale CHU Gabriel Touré, Mali

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] J. Niro, L. Velemir, F. Vendittelli, B. Jacquetin, D. Gallot, D. Lemery : Accouchement sur utérus cicatriciel. Revue de médecine périnatale volume 2, pages12–18 (2010), 27 February 2010.
- [2] SZ Dao , K Sidibe , BA Traore , M Korenzo , S Konaté , T Traore , B Traore , E Togo , B Diassana , SA Sow , Y Traore , RX Perrin , AI Dolo : Mortalité et morbidité de la césarienne en commune II du district de Bamako/Mali. JaccrAfrica 2020, Vol 4, Num 4
- [3] Lansac J, Body G, Perrotin F, Marret H. Pratique de l'accouchement. Edition MASSON. P 2111-219.
- [4] Spong CY, Landon MB, Gilbert SM, et al. Risk of Uterine Rupture and Adverse Perinatal Outcome at Term After Cesarean Delivery. Obstetrics & Gynecology 2007. 110(4):801-807.
- [5] Serika Kanao, Aya Fukuda, Hirotsugu Fukuda, Mayuko Miyamoto, Eriko Marumoto, Kiichiro Furuya, RieNishiyama, ChifumiOhyagi, Haruki Ogawa, : Spontaneous Uterine Rupture at 15 Weeks'Gestation in a Patient with a History of Cesarean Delivery after Removal

- of ShirodkarCerclage. American Journal of Perinatology Reports Vol. 4 No. 1/2014
- [6] Daouda Camara, Joseph Kone, Amadou Bocoum, Mamadou Almamy Keita, Assitan Traoré, Aminata Kouma, Soumana Oumar Traore, Moussa Konare, Youssouf Traore : Rupture Utérine de Diagnostic Tardif et Inopiné en Per Opérateur après un Accouchement Dystocique par Voie Basse. Health Sci. Dis: Vol 21 (3) March 2020.
- [7] Blondel B, Lelong N, Kermarrec M, Goffinet F. Trends in perinatal health in France between 1995 and 2010: results from the National Perinatal Surveys. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2012 ; 41(2): 151-66.
- [8] Kaczmarczyk M, Sparen P, Terry P, et al. Risk factors for uterine rupture and neonatal consequences of uterine rupture: a population-based study of successive pregnancies in Sweden. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2007;114(10):1208-1214.
- [9] Rasoanandrianina BS, Rakotomalala NZ, Rakotovololona M, Andrianampanalinarivo HR, Fenomanana MS, Randriambololona DMA: place du suivi prénatal dans la survenue de rupture utérine sur utérus cicatriciel. journal malgache de gynécologie-obstétrique 2016;vol 2: 17-20
- [10] Zvi Vaknin , Ron Maymon, Sonia Mendlovic, Oshri Barel, Arie Herman, Dan Sherman : Caractéristiques cliniques, échographiques et épidémiologiques de la rupture utérine spontanée antepartum au deuxième et au début du troisième trimestre : une étude de cohorte. Prenat Diagn 2008 Jun; 28(6):478-84.
- [11] O. Parant : Rupture utérine : prédiction, diagnostic et prise en charge. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) (2012)
- [12] Lesley Hawkins, Deborah Robertson Helena Freckerl Howard Bergerl and Abheha Satkunaratham: Spontaneous uterine rupture and surgical repair at 21 weeks gestation with progression to live birth: a case report. Hawkins et al. BMC Pregnancy and Childbirth (2018) 18:132
- [13] Malik HS. Frequency, predisposing factors and fetomaternal outcome in uterine rupture. J Coll Physicians Surg Pak 2006; 16: 472-5.
- [14] Eloge Ilunga-Mbaya, Olivier Nyakio, Raha Maroyi, Patrick Bigabwa, Moise Kiminyi, Silas Hamisi, Denis Mukwege, Dieudonné Sengeyi Mushengezi Amani : Rupture utérine spontanée en livre ouvert sur grossesse de 15 semaines chez une paucipare avec utérus cicatriciel: à propos d'un cas. Volume 36, 28 May 2020 |pamj.2020.
- [15] Cyrielle GERENTES : La rupture utérine : Facteurs de risque, diagnostic, et prise en charge : Étude de 29 cas dans les maternités du Rhône du réseau AURORA en 2012. Mémoire Promotion 2010-2014 P39 Université Claude BERNARD LYON 1 UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux P 9

Pour citer cet article :

A Samaké, SO Traoré, L Diarra, M Keita, M Haidara, M Diallo et al. Rupture utérine spontanée à 24 semaines de grossesse chez une multipare sur un utérus uni cicatriciel : à propos d'un cas. Jaccr Africa 2021; 5(3): 323-327