

Année 2022

N° : MS07 /22

Mémoire de fin d'études

Pour L'obtention du Diplôme National de Spécialité
en : Gynécologie-Obstétrique

Intitulé

***LA RUPTURE UTERINE PENDANT LE TRAVAIL : A
PROPOS DE SIX CAS ET REVUE DE LA
LITTERATURE***

Présenté par :

Docteur BENAOUICHA Nisrine

Sous la direction du :

Professeur Aicha KHARBACH

Service de Gynécologie-Obstétrique



Remerciements

A nos maitres,

Vous avez guidé nos pas, illuminé notre chemin vers le savoir

Vous nous avez appris le sens de la responsabilité,

du respect, du raisonnement et du savoir-faire.

Vos qualités humaines et professionnelles resteront

pour nous le meilleur exemple.

Pour votre gentillesse, votre collaboration et votre disponibilité,

veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude

et le témoignage de notre sincère reconnaissance



Liste des figures

LISTE DES FIGURES

Fig.1 a+b : Rupture utérine complète latérale	8
Fig.2 (a+b) : Rupture utérine segmentaire de 9 cm.....	10
Fig.3 : Rupture utérine latérale droite arrivant jusqu'au col.....	12
Fig.1: rupture segmentaire de 3 cm au niveau de l'ancienne cicatrice	15
Fig.5: Rupture utérine complète du segment inferieur arrivant jusqu'au col utérin.....	17
Fig.6: Déhiscence de l'ancienne cicatrice.....	19



Table des matières

TABLE DES MATIERES

I-INTRODUCTION :	2
II- OBSERVATIONS CLINIQUES :	6
Observation 1 :	6
Observation 2 :	9
Observation 3 :	11
Observation 4 :	13
Observation 5 :	16
Observation 6 :	18
III-DISCUSSION :	21
1. Epidémiologie :	21
a : Incidence	21
b- Facteurs favorisants :	22
2. Etiologies :	23
3. Clinique :	25
4. Prise en charge thérapeutique :	28
5. Complications :	29
6. Futur obstétrical :	31
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	32
RESUME	35
BIBLIOGRAPHIE	39



I-INTRODUCTION :

La rupture utérine en perpartum se définit par une solution de continuité des 3 feuillets de la paroi utérine : l'endomètre, le myomètre et le péritoine viscéral, survenant sur un utérus gravide pendant le travail. Il s'agit d'une complication perpartum rare, associée à une morbidité et une mortalité maternelle et fœtale très élevée (1). Elle est l'une des quatre principales causes de décès maternels, devant l'hémorragie, les troubles hypertensifs de la grossesse et la septicémie/infection (25).

La déhiscence utérine est une condition similaire caractérisée par une solution de continuité incomplète de la paroi utérine entraînant son amincissement et qui permet de voir le fœtus à travers le myomètre.

Elle est plus fréquente en cas d'utérus cicatriciel (entre 0.2 et 0.8%) en raison d'une fragilité du segment inférieur(7). Très rare en cas d'utérus sain (2) de l'ordre de 1/17000 et 20000 accouchements (8). En Afrique, la rupture utérine constitue un problème majeur, alors qu'elle est exceptionnelle dans les pays développés où elle ne concerne que les utérus cicatriciels (3) ; Ceci est du surtout à l'écart socio-économique, à la précarité, et au mauvais suivi de grossesse. Le diagnostic peut être facile devant un utérus cicatriciel ou devant la présence de facteurs de risque, contrairement aux ruptures utérines sur utérus sain qui posent un vrai problème diagnostique.

Auparavant, l'incidence de la rupture utérine au cours du travail était de 0,8 à 5,3 pour 10 000 naissances dans la littérature(4), dernièrement l'incidence a progressivement augmenté au cours des dernières décennies (5), ce qui peut être associé à un âge maternel plus avancé, au nombre croissant de chirurgies transmyométriales (6) avant la conception., ainsi qu'un taux plus élevé de déclenchement ou d'activation du travail avec de les prostaglandines ou de l'ocytocine.

Les facteurs de risque de rupture utérine comprennent l'âge maternel avancé, les grossesses tardives, la macrosomie, l'intervalle inter-génésique court, Les grossesses multiples, les antécédents d'accouchement par césarienne, l'activation du travail après une césarienne, la myomectomie par laparotomie ou par cœlioscopie et le travail négligé(2). Cependant, des cas de rupture ont été retrouvés chez des patientes avec un utérus gravide sain ; ceci peut être dû à la faiblesse du myomètre due à un traumatisme, une anomalie malformative congénitale, une gestation multiple, l'utilisation de médicaments utérotoniques, les extractions instrumentales, la disproportion foeto-pelvienne, les manœuvres endo-utérines et les présentations dystociques. Néanmoins, aucun de ces facteurs de risque de rupture utérine sur utérus sain ou cicatriciel n'était cliniquement fiable pour prédire le risque individuel de rupture utérine durant la grossesse ou pendant le travail.

Cette complication est d'autant plus grave qu'elle touche des primipares ou des femmes jeunes du fait de son retentissement sur le pronostic vital et sur le futur obstétrical des femmes.

Les conséquences d'une rupture utérine dépendent du délai entre le diagnostic de et l'accouchement et peuvent être divisées en deux catégories : fœtales et maternelles.

Les conséquences fœtales peuvent aller de l'hypoxie, la prématurité, l'anoxie, le séjour en unité de soin intensifs jusqu'au décès.

Les conséquences maternelles sont : l'hémorragie, le choc hypovolémique, les lésions vésicales, l'hystérectomie voir même le décès maternel (7).

Les aspects cliniques des ruptures utérines sont à peu près identiques pour l'utérus sain et l'utérus cicatriciel, dominées par une bradycardie ou des ralentissements variables à l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal (9), des métrorragies durant le travail, une hypercinésie ou au contraire une accalmie, la palpation du fœtus sous la peau avec une excavation pelvienne vide au toucher vaginal, et l'instabilité hémodynamique qui peut se voir en cas de rupture utérine complète avec un hémopéritoine.

Néanmoins la morbi-mortalité maternelle et foetale serait plus élevée en cas de rupture sur utérus sain qu'en cas de rupture sur utérus cicatriciel(10) .

Dans ce travail, nous rapportons 6 cas de rupture utérine sur utérus sain et cicatriciel au cours du travail vus à la maternité Souissi de Rabat et nous allons discuter à travers ces 6 cas et la littérature, les signes d'appel cliniques, les facteurs de risque, la démarche diagnostique et la prise en charge thérapeutique ainsi que le pronostic de cette complication rarissime mais potentiellement grave.



Observations Cliniques

II- OBSERVATIONS CLINIQUES :

Observation 1 :

Il s'agit d'une patiente de 34ans, 3^{ème} geste, 3^{ème} pare, ayant comme antécédents 2 accouchements par voie basse ; G3 : grossesse actuelle non suivie estimée à 39 SA selon la date des dernières règles, la patiente a été référée d'un centre hospitalier provincial vers notre formation pour un défaut d'engagement à dilatation complète avec un saignement rougeâtre actif après un travail dirigé de 12 heures. Plusieurs tentatives d'accouchement par voie basse avec des expressions ont été réalisées.

L'examen clinique a trouvé une patiente obnubilée pâle avec des conjonctives décolorées un pouls à 150 battements par min, tension artérielle à 80/40 mmHg, oligurique avec des extrémités froides.

L'examen obstétrical a montré un abdomen distendu avec palpation du fœtus sous la peau, des bruits du cœur fœtal non perçus, une dilatation cervicale complète avec une présentation céphalique haute et un saignement rougeâtre minime. L'échographie obstétricale faite rapidement après mise en condition de la patiente a révélé une grossesse monofoetale non évolutive et un épanchement intra péritonéal de grande abondance. Une laparotomie exploratrice a été indiquée en urgence pour suspicion de rupture utérine en état de choc.

A l'exploration, on avait objectivé la présence d'un hémopéritoine de grande abondance, un bébé sous la peau pesant 3500 g de sexe féminin avec son placenta extériorisé ; après aspiration d'hémopéritoine et extraction du bébé on a objectivé une rupture utérine latérale complète droite allant du ligament utéro-ovarien jusqu'au col (Fig 1) très hémorragique.

Nous avons réalisé une hystérectomie d'hémostase suivie d'une toilette de la cavité abdominale avec 2 litres de sérum physiologique tiède et la pose d'un drain dans le cul-de-sac de Douglas, la patiente a été transfusée de 8 Culots globulaires+6PFC ; elle a été transférée en réanimation pour une surveillance et une stabilisation de son état, les suites opératoires étaient sans particularités et la patiente est sortie à J6 de son hospitalisation.



Fig.1a



Fig.1b

Fig.1 a+b : Rupture utérine complète latérale

Observation 2 :

Patiente de 32 ans, 4eme geste 4eme pare ayant comme antécédents 3 accouchements par voie basse, G4 : grossesse actuelle estimée à 40SA+5 jrs selon DDR suivie pour un diabète gestationnel mal équilibré. La patiente a été référée d'une maison d'accouchement par une sage femme à dilatation complète pour échec de ventouse après un travail de 8 heures.

L'examen à l'admission trouve une patiente consciente stable sur le plan hémodynamique calme, l'examen obstétrical trouve une hauteur utérine excessive à 36 cm, des BCF non perçus, absence des contractions utérines, une dilatation complète avec une excavation pelvienne vide au toucher vaginal et un saignement minime rougeâtre d'origine endo-utérine.

Une échographie obstétricale a objectivé une grossesse monofoetale non évolutive, une estimation à 4800 g avec un aspect de fœtus sous la peau.

Une césarienne fut indiquée pour une macrosomie avec suspicion de rupture utérine.

A l'ouverture de la cavité abdominale on a objectivé un bébé sous la peau avec son placenta associé à un épanchement de moyenne abondance, poids de naissance de 4900g ; après l'extraction on a objectivé une rupture utérine segmentaire organisée de 9 cm hémorragique. (Fig2)

Un traitement conservateur a été fait en réalisant une hystérorraphie par des points simples suivie d'une ligature section tubaire, d'une toilette péritonéale avec 1 litre de sérum physiologique et d'une pose d'un drain de redon dans le cul de sac de douglas. Les pertes sanguines ont été estimées à environ 1500 ml et la patiente a été transfusée en per opératoire par 2 CG et transférée en suite en réanimation. Les suites opératoires étaient sans particularités et la patiente est sortie à J5.

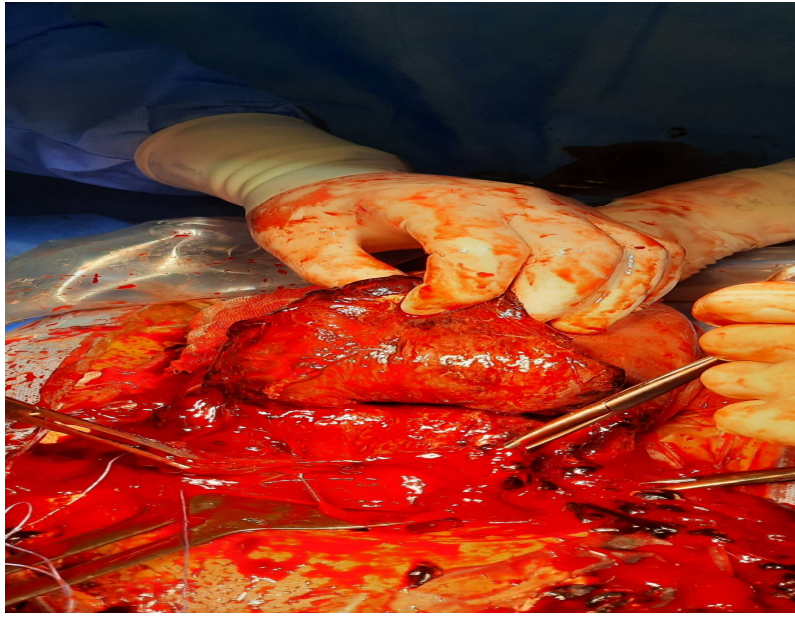


Fig. 2a



Fig 2.b

Fig.2 (a+b) : Rupture utérine segmentaire de 9 cm

Observation 3 :

Patiente de 35 ans, sans antécédents pathologiques notables, 4^{ème} geste, 4^{ème} pare ; G1, G2, G3 sont des accouchements par voie basse, G4 : grossesse actuelle non suivie estimé à 39SA admise à notre formation pour un accouchement.

L'examen à l'admission trouve une patiente stable, une hauteur utérine à 32 cm, des bruits de cœur fœtale perçus et réguliers, des contractions douloureuses à raison de 6 CU/10 min, un col souple médian effacé à 100% dilaté à 9 cm avec une présentation de siège décomplété, poche des eaux rompue avec issu d'un liquide teinté. La patiente est passée directement à la salle d'accouchement pour un accouchement imminent.

Au cours de l'accouchement, la patiente a présenté une rétention de la tête dernière, on a réalisé la manœuvre de Mauriceau pour extraire le bébé. Le poids de naissance était de 3900g avec un apgar à 8/10 passé à 10/10 à 5 min de vie.

Juste après l'accouchement la patiente un présenté une hémorragie de la délivrance. On a réalisé une révision utérine qui a objectivé une rupture utérine latérale. Une indication de laparotomie a été posée pour une rupture utérine et la patiente a été acheminée directement au bloc.

A l'exploration on a objectivé une rupture utérine latérale droite très hémorragique fusant jusqu'au col irréparable (Fig. 3), on a réalisé une hystérectomie d'hémostatse et la patiente a été transfusée de 2 CG.

Les suites opératoires étaient simples et la patiente est sortie à J5.



Fig.3 : Rupture utérine latérale droite arrivant jusqu'au col

Observation 4 :

Patiente de 28 ans, sans antécédents pathologiques notables, 3^{ème} geste 2^{ème} pare,

G1 : accouchement par césarienne pour souffrance fœtale aigue, G2 : avortement cureté à 7 semaines d'aménorrhée, G3 : grossesse actuelle suivie estimée à 38 semaines d'aménorrhée +5 jours. Admise aux urgences en début de travail.

L'examen à l'admission trouve une patiente stable sur le plan hémodynamique, une hauteur utérine à 29 cm des bruits du cœur fœtales perçus et réguliers, des contractions utérines douloureuses à raison de 4 contractions/10 min, un col souple médian effacé à 70% dilaté à 2 doigts, présentation céphalique haute mobile avec une poche des eaux intacte avec un bassin cliniquement normal.

L'échographie a objectivé une grossesse monofoetale évolutive, une biométrie fœtale correspondant au terme, un placenta fundique loin de la cicatrice et une quantité de liquide amniotique normale.

La patiente a rapporté des douleurs au niveau de l'ancienne cicatrice.

L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal a objectivé un rythme de base à 150 battements par minute avec des décélérations tardives.

On a indiqué une césarienne en urgence pour une souffrance fœtale aigue.

A l'exploration de la cavité abdominale, on a objectivé une rupture segmentaire de 3 cm au niveau de l'ancienne cicatrice d'hystérorraphie, aboutissant à l'extériorisation de la poche des eaux (Fig 4) avec issu d'un liquide amniotique teinté. On a réalisé une hystérotomie en reprenant l'ancienne cicatrice ce qui a permis l'extraction d'un nouveau né de sexe masculin apgar 8/10 passé à 10/10 à 5 min de vie avec un poids de naissance de 3460 g.

Le traitement était conservateur par la réalisation d'une hystérorraphie par des points séparés. L'hémostase a été assurée ; les suites opératoires étaient simples et la patiente est sortie à J4 après informations détaillées sur son cas et sur les risques encourus.



Fig.4: rupture segmentaire de 3 cm au niveau de l'ancienne cicatrice

Observation 5 :

Patiente de 33 ans, ayant comme antécédent un diabète dans la famille, 4^{ème} geste 4^{ème} pare, G1, G2 : accouchement par voie basse, G3 : Accouchement par césarienne pour macrosomie, G4 : grossesse actuelle estimée à 40 SA+5jrs mal suivie. La patiente a été admise aux urgences obstétricales en travail avec des métrorragies de grande abondance. L'examen à l'admission trouve une patiente instable hémodynamiquement avec une tension à 90/55mmhg, tachycarde à 125 battements par minute, l'examen obstétrical trouve une hauteur utérine excessive à 38 cm, une bradycardie sévère au pinard, une présentation transverse à dilatation complète au toucher vaginal avec absence de contractions utérines et présence d'un saignement actif rougeâtre.

Après mise en condition de la patiente une césarienne fut indiquée en urgence pour suspicion de rupture utérine sur un utérus cicatriciel avec une macrosomie et présentation transverse.

Après reprise de l'ancienne cicatrice type pfannenstiel, et libération des adhérences musculo-aponévrotiques, on a pu accéder rapidement à la cavité abdominale; l'exploration a objectivé un hémopéritoine de moyenne abondance et une rupture utérine complète du segment inférieur. Après l'extraction du bébé qui était en présentation transverse avec le dos en bas, on a pu mieux analyser la rupture du segment inférieur qui arrivait jusqu'au col (Fig. 5). Le bébé avait un poids de naissance de 4600 g et un apgar à 4 /10 ; malheureusement il n'a pas récupéré et est décédé à H1 de vie.

La rupture était irréparable et très hémorragique ; l'indication d'une hystérectomie totale à été posé, la patiente a été transfusée de 5CG+4PFC. L'hémostase a été assurée et la patiente a été transférée en réanimation en post-opératoire immédiat. Les suites opératoires étaient simples et la patiente est sortie à j6.

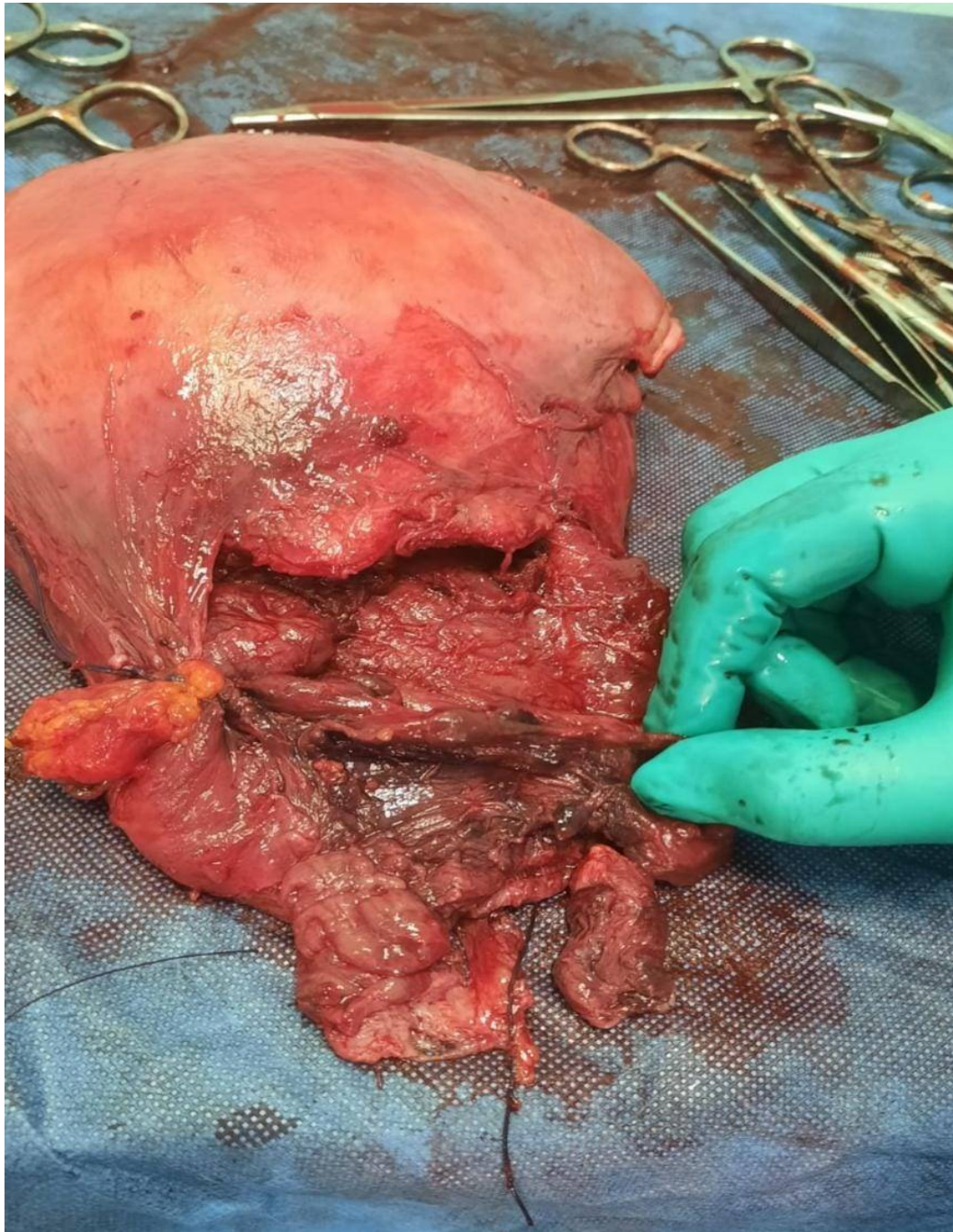


Fig.5: Rupture utérine complète du segment inférieur arrivant jusqu'au col utérin

Observation 6 :

Patiente de 35 ans, sans antécédents pathologiques notables, 3^{ème} geste, 3^{ème} pare ayant 2 césariennes pour un bassin chirurgical, G3 : grossesse actuelle mal suivie estimée à 34 semaines d'aménorrhée et 4 jours. La patiente s'est présentée aux urgences obstétricales pour une rupture prématurée des membranes. L'examen à l'admission trouve une patiente stable avec des constantes normales, une hauteur utérine correcte, des bruits cardiaques fœtaux étaient perçus et réguliers, avec absence des contractions utérines.

Le toucher vaginal trouve un col long fermé postérieur avec membranes rompues et un liquide amniotique clair avec présence de leucorrhées pathologiques. L'échographie et l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal étaient sans particularité. La patiente a été hospitalisée et à j2 de son hospitalisation elle est rentrée spontanément en travail avec des douleurs intenses au niveau de l'ancienne cicatrice. On a indiqué une césarienne en urgence pour un utérus doublement cicatriciel en travail.

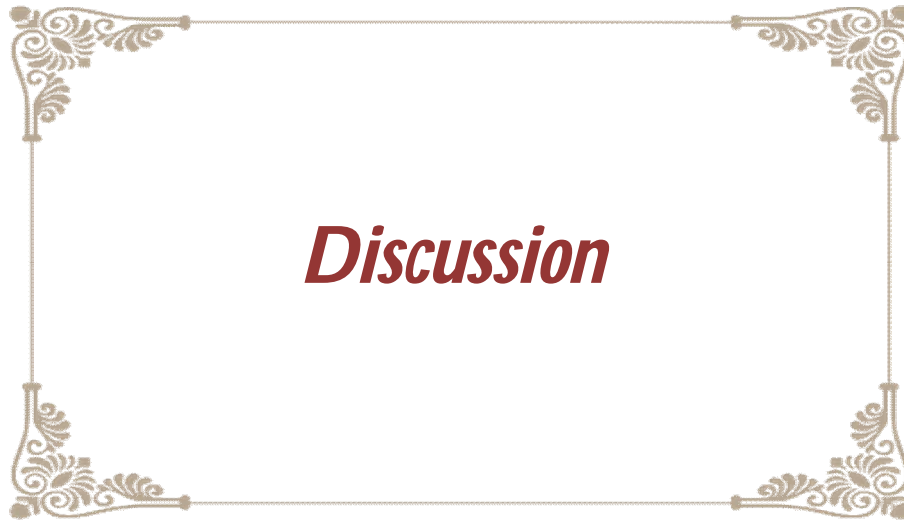
L'exploration chirurgicale a objectivé une déhiscence de l'ancienne cicatrice de césarienne (Fig6). On a extrait un nouveau né de sexe féminin avec un poids de naissance de 2800 g apgar 10 /10.

L'hysterorraphie a été faite par des points séparés sur 2 plans. L'hémostase a été assurée et on a fini l'intervention par une ligature section tubaire après avoir eu le consentement de la patiente.

Les suites opératoires étaient sans particularités et la patiente est sortie à J3 du post partum.



Fig.6: Déhiscence de l'ancienne cicatrice



Discussion

III-DISCUSSION :

1.Epidémiologie :

a : Incidence

La rupture utérine est plus fréquente en cas d'utérus cicatriciel qu'en cas d'utérus sain (2).

La fréquence des ruptures utérines pendant le travail est encore élevée en Afrique par rapport aux pays développés, de l'ordre de 0,6% à 2,33% (11). Plusieurs auteurs expliquent cette fréquence élevée par la précarité, le bas niveau socio-économique et par la difficulté d'accéder aux soins(12). Contrairement aux pays développés ou la fréquence de cette complication est basse.

En France elle est de l'ordre de 1/1 000 à 1/2 000 accouchement (13).

Aux Etats Unis, la fréquence est de 0,001 accouchements selon des études de 2005 (14).

La rupture sur un utérus sain est beaucoup moins rare que celle sur un utérus cicatricielle, sa fréquence est de l'ordre de 1/17.000 et 1/20.000 accouchements.

La rupture utérine peut toucher toutes les tranches d'âges des femmes en âge de procréation.

L'âge moyen de survenu d'une rupture utérine au cours du travail est de 30 ans (15,16).

Concernant nos cas étudiés, la tranche d'âge était 27-35 ans, ce qui concorde avec la littérature.

b- Facteurs favorisants :

Il a été démontré selon une étude faite en Tunisie que la fréquence de rupture au cours du travail augmente considérablement après l'âge de 35 ans mais les auteurs de cette étude associent ce fait à la multiparité qui est un facteur de risque important (17).

La fréquence de cette complication gravissime augmente avec la parité et les intervalles intergénésiques courts. En effet d'autres études ont démontré que la multiparité est un facteur de risque majeur de la rupture utérine notamment sur un utérus sain, (18) ceci est lié aux associations fréquentes avec les présentations dystociques, à la macrosomie et à la fragilité du myomètre.

Concernant nos six cas étudiés, 5 patientes étaient multipares.

La Rupture utérine au cours du travail est une complication essentiellement du 3^{ème} trimestre ; et cela a été démontré par de nombreux auteurs (19, 20,21).

Selon nos cas étudiés, toutes les ruptures utérines sont survenues au 3^{ème} trimestre.

La rupture au premier trimestre est très rare, et au 2^{ème} c'est l'apanage surtout des utérus malformés et des utérus cicatriciels (21).

Le bas niveau socio-économique, les carences nutritionnelles, l'anémie, l'ignorance, et la difficulté d'accès au soin, influencent mal sur la fréquence des ruptures utérines et ceci est lié surtout à l'absence ou le mauvais suivi de grossesse(22). Pour nos cas étudiés cinq patientes sur six avaient des grossesses non suivies.

2. Etiologies :

Les ruptures utérines sur utérus cicatriciel sont plus fréquentes que celles sur utérus sain. La cicatrice de césarienne est donc le facteur de risque le plus souvent retrouvé notamment dans les pays développés(24) d'autant plus qu'elle est corporéale car elle est très fragile (23) ; d'autres types de cicatrices peuvent être retrouvés comme les cicatrices de myomectomie, de rupture utérine, de résection de cloison ou de résection de grossesse cornuale (23).

Le curetage utérin est un facteur favorisant de la rupture utérine car il peut être à l'origine d'une petite perforation utérine qui peut passer inaperçue mais qui peut se rompre durant la grossesse sous l'effet de la distension utérine. C'est le cas de notre 4^{ème} cas.

Les présentations dystociques sont des facteurs étiologiques non négligeables. Elles peuvent être à l'origine de 10 à 20 % des ruptures utérines (26) ; elles peuvent être des présentations transverses comme notre cas étudié (Cas clinique 5), ou des présentations de siège (Cas clinique 3), ou des présentations défléchies.

La distension utérine est un également un facteur étiologique qui peut causer une fragilité myométriale et peut être donc à l'origine d'une rupture au cours du travail ; c'est l'apanage des grossesses multiples, d'hydrocéphalie, l'hydramnios et la macrosomie qui est assez fréquente surtout avec l'augmentation de l'incidence du diabète gestationnel (Cas clinique 2 et 5).

Le bassin limite ou chirurgical entrave la progression normale du mobile fœtal, et génère une hyperpression utérine qui peut être à l'origine de la rupture lors du travail surtout en présence d'autres facteur de risque qui peuvent

fragiliser le myomètre. C'est le cas de notre quatrième cas clinique qui avait un bassin chirurgical et un utérus bi-cicatriciel, et qui a présenté une déhiscence en tout début du travail.

Les obstacles *prævia* peuvent aussi être à l'origine d'une dystocie mécanique foetale par disproportion fœto-pelvienne et exposant ainsi au risque de rupture utérine au moment du travail. Ils peuvent être des tumeurs solides, des myomes cervicaux, isthmiques ou des kystes ovariens.

Les anomalies de placentation constituent un facteur étiologique relativement rare, c'est l'apanage du placenta *percreta* qui peut donner un tableau gravissime (27). DeRoux a décrit un cas de décès maternel par rupture utérine sur placenta *percreta* en début de travail avec un épanchement abdominal de grande abondance (27).

Les malformations utérines congénitales sont susceptibles d'entraîner une rupture utérine surtout au 2^{ème} trimestre. Leur prévalence dans la population générale est de 1 à 4% (28).

L'utilisation de prostaglandine pour un déclenchement du travail augmente le risque de rupture de 7,2 (29). Pour cette raison elles sont contre indiquées en cas d'utérus cicatriciel.

L'usage inapproprié des ocytociques est également associé à un risque élevé de rupture utérine (30) ; Catanzarite et al ont décrit un cas de rupture d'un utérus sain causé par une utilisation inapproprié d'ocytocine(31). Cet usage abusif peut être un non respect des posologies, du débit ou de la voie d'administration, une méconnaissance des contre indications ou une faute de surveillance tocométrique (32).

C'est le cas de notre patiente (Cas clinique1) qui a présenté une rupture utérine après un travail dirigé par le syntocinon pendant 12 heures.

Les manœuvres obstétricales comme la version externe ou interne, le Mauriceau, le jaquemier, les extractions instrumentales par ventouse ou forceps ainsi que les traumatismes externes par des expressions utérines constituent un facteur étiologique majeur de la rupture au cours du travail. Concernant notre 1^{er} cas clinique la patiente a subi des expressions utérines et pour notre 2^{ème} cas elle a eu une tentative d'accouchement par ventouse qui n'a pas abouti, et enfin pour notre 3^{ème} cas l'extraction a été faite par la manœuvre de Mauriceau pour une rétention de tête dernière.

Dans la littérature on trouve également quelques étiologies rares de rupture utérine au cours du travail comme le syndrome de Loeys-Dietz, le syndrome d'Ehlers-Danlos qui fragilisent la paroi utérine (33) et l'exposition au diéthylstilbestrol qui entraîne une hypoplasie utérine et expose au risque de rupture au cours du travail (34).

Dans certains cas, on ne trouve pas d'étiologie évidente de la rupture. Schrinky (35) a réalisé une étude sur une série de 40 cas de rupture et sur 10 cas, aucun facteur favorisant n'a été retrouvé.

3. Clinique :

Le tableau clinique d'une patiente présentant une rupture utérine dépend de la présence ou non d'une anesthésie péridurale pendant le travail, d'un utérus cicatriciel ou non et de la localisation de la rupture.

Les aspects cliniques des ruptures utérines sont à peu près identiques pour l'utérus sain et cicatriciel. Ils se résument à la tétrade clinique qui associe les anomalies du rythme cardiaque fœtal, la douleur abdominale aigüe ou au niveau de l'ancienne cicatrice pour les utérus cicatriciel, l'instabilité hémodynamique et les métrorragies. Ces signes sont inconstants et non spécifiques (36).

Les anomalies de l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal le symptôme le plus souvent rapporté. Il peut s'agir de bradycardie, des décélérations tardives ou des ralentissements variables atypiques (37).

Les patientes souffrant d'une rupture utérine peuvent décrire une douleur abdominale vive qui commence par une sensation de "déchirure". Les contractions ultérieures deviennent très douloureuses ou au contraire disparaissent. Des douleurs thoraciques par irritation phrénique irradiantes vers l'épaule peuvent survenir en cas d'hémopéritoine et peuvent simuler une douleur d'infarctus du myocarde. Une péridurale de travail peut masquer la douleur associée à une rupture utérine et entraîner un retard de diagnostic(40).

Des études ont été réalisées quant à l'atténuation des douleurs par l'anesthésie péridurale, pour cela, ce signe n'est pas considéré comme fondamental (38).

La palpation abdominale peut révéler une sensibilité diffuse même avec une péridurale, une déformation de l'utérus en sablier ou même à un stade avancé un fœtus palpé sous la peau.

Le toucher vaginal est primordial pour détecter l'ascension de la présentation et la présence de saignements d'origine endométrine.

Ils existent des formes tardives ou négligées où le diagnostic de rupture utérine est évoqué en post partum devant une hémorragie de la délivrance qui ne répond pas au traitement médical.

Les lésions de la vessie ne sont pas rares en cas de rupture utérine ; les patientes chez qui l'on soupçonne une rupture utérine doivent être sondées à la recherche d'une hématurie (39).

Concernant nos cas étudiés chaque patiente présentait un ou plusieurs signes d'appels classiques de la tétrade clinique de la rupture utérine.

Les principaux diagnostics différentiels sont l'hématome rétro placentaire, l'hématome sous capsulaire du foie, le placenta praevia et les lésions vaginales et cervicales.

Le diagnostic d'une rupture utérine au cours du travail est surtout clinique. L'échographie lorsqu'elle est normale, ne permet pas d'écarter le diagnostic par contre, elle peut objectiver un hématome en regard de la cicatrice utérine, un fœtus dans la cavité abdominale, un épanchement abdominale qui peut faire suspecter une rupture ou autre origine vasculaire. Par ailleurs l'IRM est plus performante car elle permet de voir la brèche utérine mais elle est difficilement accessible aux urgences.

Concernant la localisation de la rupture, les auteurs ont conclu que la rupture au cours du travail intéresse surtout le segment inférieur alors qu'elle est corporeale si elle survient avant le travail (35) ; et les ruptures fusant au col sont plus fréquentes en cas d'utérus sain (10).

4. Prise en charge thérapeutique :

La rupture utérine au cours du travail est une urgence médico-chirurgicale. La prise en charge thérapeutique commence par une mise en condition de la patiente, une réanimation intensive qui doit être concomitante à la chirurgie, et une laparotomie exploratrice.

La réanimation a pour objectif de maintenir un état hémodynamique stable, et de prévenir les troubles de crase ; elle comprend un remplissage volumique par les cristalloïdes et les colloïdes afin de compenser les pertes, une demande de sang avec transfusion per et post opératoire, une transfusion de plasma frais congelé, des concentrés plaquettaires et du fibrinogène en cas de coagulations intravasculaires disséminées (41) et une antibioprofylaxie systématique pour prévenir le risque infectieux.

L'anesthésie générale à plusieurs avantages dans ce contexte, elle permet une meilleure gestion de l'état acido-basique maternel par un contrôle de la ventilation, de stabiliser les voies respiratoires et de fournir un blocage neuromusculaire pour faciliter la laparotomie. Enfin, la rachi-anesthésie est contre-indiquée en cas d'instabilité hémodynamique.

Le geste chirurgical doit prendre en considération l'étendue de la rupture, l'âge maternel, la parité, le désir d'une grossesse ultérieure, la tonicité du globe, le délai entre le diagnostic et la prise en charge, l'état hémodynamique de la patiente et le risque de récurrence pour une future grossesse.

Le geste chirurgical peut être conservateur par une hystérorraphie en 1 seul ou en 2 plans, dans le cas où la rupture est réparable ou chez des parturientes jeunes désireuses encore de grossesses (32).

Le risque de récurrence de la rupture utérine en cas d'une grossesse ultérieure varie entre 4 et 19 % (42). Ce risque est plus élevé en cas de cicatrice corporelle (43) ; d'où la nécessité d'informer les patientes sur les risques ultérieurs et d'instaurer une contraception efficace.

Pour les multipares le traitement conservateur peut être suivi d'une ligature section tubaire si la patiente est consentante.

L'hémostase peut être assurée par une triple ligature ou par une ligature des artères hypogastriques.

Le geste chirurgical peut également être radical par une hystérectomie totale ou subtotale si la reconstruction n'est pas possible du fait de l'étendue des lésions.

Enfin il faut toujours examiner la filière génitale par un examen sous valve à la recherche de lésions vaginales ou un trait de refend cervical.

Concernant nos cas étudiés 3 patientes ont bénéficié d'une hystérectomie totale et 3 autres d'un traitement conservateur.

5. Complications :

La rupture utérine est une complication obstétricale gravissime qui est associée à une morbi-mortalité materno-fœtale très importante. Cette dernière dépend de plusieurs facteurs comme la localisation et l'étendue de la rupture, le délai de diagnostic, la rapidité de prise en charge, et la présence ou non d'une cicatrice utérine antérieure.

Les ruptures latérales sont associées à de moins bons résultats que les ruptures segmentaires, du fait de la vascularisation accrue de la paroi utérine latérale. Un délai plus long avant l'intervention chirurgicale est associé à un

risque d'hémorragie cataclysmique, un risque plus élevé de coagulopathie et à une plus longue exposition du fœtus à l'hypoxie (44). C'est le cas de nos 2 cas cliniques (1 et 3).

La rupture utérine est associée à un risque de mortalité maternelle élevé en rapport avec l'état de choc hémorragique, l'état de choc septique, et les problèmes de crase sanguine.

Shrinsky et al. ont mené des études concernant la rupture utérine et ils ont trouvé un taux de mortalité fœtale de 64,6 % et un taux de mortalité maternelle de 20,8 % (35%).

Golan et al (45) ont également comparé les ruptures sur utérus sain et cicatriciel et ils ont trouvé un taux de mortalité maternelle de 14,7 % en cas d'utérus sain, alors qu'elle est nulle en cas d'utérus cicatriciel. Ces deux études anciennes ont démontré que le morbi-mortalité materno-fœtale est plus importante en cas de rupture sur un utérus sain que sur un utérus cicatriciel du fait du retard diagnostique. Mais récemment Ofir et al. ont mené des études concernant la morbi-mortalité des ruptures utérines sur un utérus sain et cicatriciel et ils n'ont pas objectivé une différence significative entre les deux (10). Aucune patiente de nos cas étudiés n'est décédée.

Le taux de mortalité fœtale dans les pays sous développés est de 72% à 100% (47). Concernant nos cas cliniques 3 fœtus ont décédés et 3 autres ont bien évolués par la suite.

La morbidité maternelle associée à la rupture utérine englobe les infections urinaires, les phlébites, l'endométrite du post partum, les péritonites, les infections de paroi sans oublier le retentissement psychologique de l'hystérectomie.

Pour nos six cas clinique aucune complication post-opératoire n'a été retrouvée.

6. Futur obstétrical :

Le pronostic obstétrical ultérieur de nos patientes qui ont bénéficié d'un traitement conservateur est difficile à apprécier par manque de suivi ultérieur.

Selon Lim et al. il n'y a aucune contre indication à une grossesse ultérieure après un traitement conservateur sous réserve d'une surveillance très rapprochée de la grossesse (48).

Bien que les modalités du suivi restent non codifiées, une césarienne prophylactique idéalement à 38 semaines d'aménorrhée paraît logique.

Les femmes présentant des facteurs de risque de rupture utérine doivent être informées des signes et symptômes précoces de rupture pour prévenir cette complication.



***Conclusion
et recommandations***

La rupture utérine au cours du travail est une complication obstétricale rare mais gravissime, elle est associée à une morbi-mortalité maternelle et fœtale remarquable. Elle doit être bien connue par les obstétriciens et les sages-femmes et évoquée toujours devant des anomalies du rythme cardiaque fœtale avec ou sans métrorragies, une instabilité hémodynamique et des douleurs abdominales intenses ou au contraire une fausse accalmie et ce, indépendamment de l'existence ou non d'une cicatrice utérine antérieure.

La rupture sur utérus cicatriciel est plus fréquente que celles sur utérus sain dans les pays développés contrairement aux pays en voie de développement où l'incidence des ruptures utérines sur un utérus sain est encore élevée.

Pour réduire cette incidence il faut penser à :

- Améliorer les conditions socio-économiques,
- Développer l'infrastructure pour faciliter l'accès au soin,
- Assurer une formation continue du personnel et des sages femmes aux hôpitaux périphériques et aux centres de santé,
- Bien connaître les facteurs de risque prédisposant à une rupture utérine,
- Assurer une bonne qualité du suivi prénatal,
- Respecter les indications et les contre indication des prostaglandines et des ocytociques,
- Assurer une surveillance rapprochée en cas du déclenchement ou d'activation du travail,
- Rechercher les indications d'une extraction par césarienne.

La rupture utérine est une urgence médico-chirurgicale extrême car elle met en jeu le pronostic maternel et fœtal ainsi que le futur obstétrical,

La conduite thérapeutique doit être rapide par une mise en condition de la patiente, un traitement conservateur ou une hystérectomie totale ou subtotale.

Il n'y a pas de contre indication à une grossesse ultérieure, mais le risque de récurrence est élevé, d'où la nécessité de donner à la patiente toutes les informations et les explications nécessaires pour mieux connaître cette complication et bien suivre la grossesse ultérieure.

La vigilance vis-à-vis des signes d'appel cliniques, le diagnostic précoce et la rapidité de prise en charge sont la clé d'une conduite thérapeutique réussie et d'un sauvetage maternel et fœtal.



RESUME

TITRE :

RAPPORTEUR :

AUTEUR :

Mots clés : rupture utérine, utérus sain, utérus cicatriciel, pronostic materno-fœtal.

La rupture utérine au cours du travail est une complication obstétricale gravissime qui est associée à une morbi-mortalité maternelle et fœtale très importante.

L'incidence de cette complication obstétricale est faible dans les pays développés ou elle ne survient pratiquement que sur des utérus cicatriciels alors qu'elle est élevée dans les pays en voie de développement où elle concerne les utérus sain et cicatriciel.

La présence d'une cicatrice utérine de césarienne ou d'autre chirurgie gynécologique représente le facteur de risque principal des ruptures utérines sur utérus cicatriciel.

La multiparité, la disproportion fœto-pelvienne, les manœuvres obstétricales, et l'usage abusif des prostaglandines et de l'ocytocine représentent les principaux facteurs de risque des ruptures utérines sur utérus sain.

Une amélioration des conditions socio-économiques, un suivi rigoureux de grossesse, une éducation des patientes ainsi que la formation continue du personnel soignant permettent de réduire l'incidence de cet accident obstétrical.

Nous rapportons six cas de rupture utérine au cours du travail colligés à la maternité Soussi de Rabat, et nous allons discuter à travers ces six cas et la littérature, les facteurs étiologiques, les aspects cliniques et paracliniques, les complications ainsi que le pronostic materno-fœtal et l'avenir obstétrical de ces patiente.

SUMMARY:

TITLE:

RAPORTER

AUTHOR :

Keywords: uterine rupture, scarred uterus, unscarred uterus, Maternal-fetal prognosis

Uterine rupture during labor is a serious obstetrical complication that is associated with a very high maternal and fetal morbidity.

The incidence of this obstetrical complication is low in developed countries where it occurs almost exclusively in scarred uteruses, but it is high in developing countries where it occurs in both unscarred and scarred uteruses.

The presence of a uterine scar from a cesarean section or other gynecological surgery is the main risk factor for uterine rupture in a scarred uterus.

Multiparity, fetal-pelvic disproportion, obstetric maneuvers, and the abuse of prostaglandins and oxytocin are the main risk factors for uterine rupture in a healthy uterus.

Improved socioeconomic conditions, careful follow-up of pregnancies, patient education, and continuing education for nursing staff can reduce the incidence of this obstetrical event.

We report six cases of uterine rupture during labor collected at the Soussi maternity hospital in Rabat, and we will discuss through these six cases and the literature, the etiological factors, the clinical and paraclinical features, the complications as well as the maternal-fetal prognosis and obstetrical future of these patients.

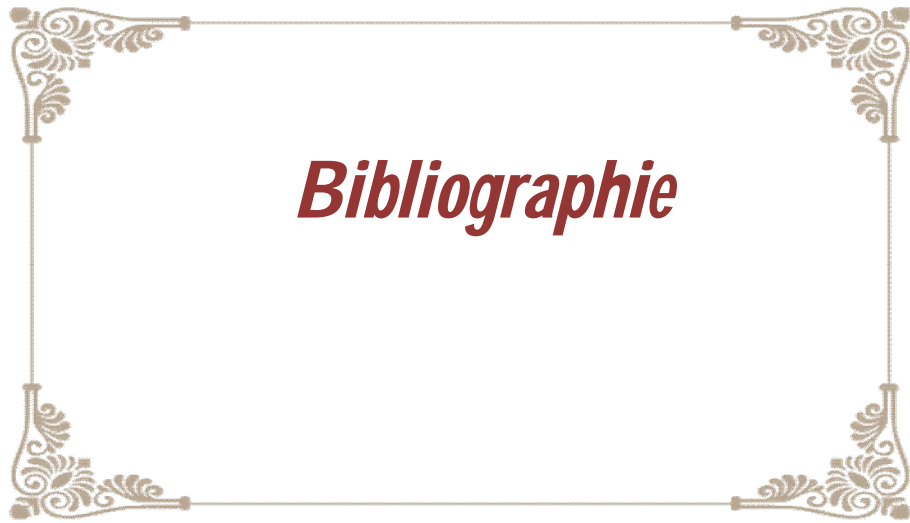
ملخص

العنوان:

المشرف:

المؤلف :

يعتبر تمزق الرحم أثناء المخاض من المضاعفات الخطيرة للغاية أثناء الولادة والتي ترتبط بارتفاع معدلات الاعثلال و الوفيات لدى الأمهات والجنين. تعد نسبة حدوث هذه المضاعفات أثناء الولادة منخفضة في البلدان المتقدمة حيث تحدث عملياً فقط في الرحم المندوب ، بينما تكون مرتفعة في البلدان النامية حيث تؤثر على الرحم السليم والمصاب بالندوب. يعتبر وجود ندبة على الرحم من الولادة القيصرية أو غيرها من الجراحة النسائية عامل الخطر الرئيسي لتمزق الرحم المندوب أثناء المخاض. التعددية ، وعدم التناسب بين الجنين والحوض ، والمناورات التوليدية ، والاستخدام المفرط للبروستاجلاندين والأوكسيتوسين تمثل عوامل الخطر الرئيسية لتمزق الرحم السليم أثناء المخاض. إن تحسين الظروف الاجتماعية والاقتصادية ، والمراقبة الصارمة للحمل ، وتثقيف المريض والتدريب المستمر للعاملين في قطاع الصحة يمكن أن يؤدي إلى تقليل حدوث هذا الحادث التوليدي. نقدم ست حالات تمزق الرحم أثناء المخاض تم جمعها في مستشفى الولادة السويسي بالرباط ، وسناقش من خلال هذه الحالات الست والأدبيات ،العوامل المسببة ، الجوانب السريرية، المضاعفات،وكذلك تشخيص الأم و الجنين، ومستقبل الولادة لهؤلاء المرضى.



Bibliographie

1. Mamourou K. Rupture utérine au cours de la grossesse. Encycl Méd Chir Obstétrique Elsevier, Paris, 2009
2. Gardeil F, Daly S, Turner MJ. Uterine rupture in pregnancy reviewed. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1994;55.
3. Grossetti E, Vardon D, Creveuil C, Herlicoviez M, Dreyfus M. Rupture of the scarred uterus. Acta Obstet Gynecol Scand. 2007; 86(5): 572-8
4. G.J. Hofmeyr, L. Say, A.M. Gulmezoglu WHO systematic review of maternal mortality and morbidity: the prevalence of uterine rupture BJOG, 112 (9) (2005)
5. Al-Zirqi, B. Stray-Pedersen, L. Forsen, A.K. Daltveit, S. Vangen Uterine rupture: trends over 40 years BJOG, 123 (5) (2016) pp. 780-787
6. N. Yoshiki Single-incision laparoscopic myomectomy: a review of the literature and available evidence Gynecol Minim Invasive Ther, 5 (2) (2016), pp. 54-63
7. Sentilhes L, Vayssière C, Beucher G, Deneux-Tharaux C, Deruelle P, Diemunsch P, et al. Delivery for women with a previous cesarean: guidelines for clinical practice from the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF). Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. sept 2013;170(1):25-32.
8. Miller D.A., Goodwin TM, Gherman RB, Paul RH. Intrapartum rupture of the unscarred uterus [Internet]. 1997 [consulté 15 avril 2017]

9. A. Ramos, L. Bonnat, D. Robillard, D. Dallay, J. Horovitz, J.-J. Leng. ALTÉRATION DU RYTHME CARDIAQUE FOETAL PRÉCÉDANT LA RUPTURE UTÉRINE. *J Gynécologie Obstétrique BiolReprod.* 2004;33(4):367.
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.* Août 2004;191(2):425-9.
11. Cisse CT, Faye EO, De Bernis L, Diadhiou F. Rupture utérine au Sénégal : épidémiologie et qualité de la prise en charge. *Méd Trop* 2002;62:619-22.
12. Kouakou P, Djanhan J, Doumbia Y, Djanhan L, Ouattara M. Rupture utérine : aspects épidémiologiques et pronostic foetomaternel à la maternité du CHU de Bouaké (Côte d'Ivoire). *Rev CAMES* 2007;05:87-91
13. Grossetti E, Vardon D, Creveuil C, Herlicoviez M, Dreyfus M. Rupture of the scarred uterus. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007;86(5):572-78
14. Ozdemir I, Yucel N, Yucel O. Rupture of the pregnant uterus: a 9-year review. *Arch Gyn Obstet* 2005;272(3):229- 31
15. Gessesew A, Mengiste MM. Ruptured uterus - Eight year retrospective analysis of causes and management outcome in Adigrat Hospital, Tigray region. *Ethiop J Health Dev* 2002;16 (3):241-45. 20.
16. Padhye SM. Rupture of the pregnant uterus. A 20 years review. *Kathmandu Univ Med J* 2005;3(3):234-38.

17. Ahmadi S, Nouira M, Bibi M, Boughuizane S, Saidi H, Chaib A, et al. Rupture uterine sur uterus sain gravide. A propos de 28 cas. *Gynecol Obstet Fertil* 2003;31:713-17
18. Sweeten KM, Graves WK, Anthanassiou A. Spontaneous rupture of the unscarred uterus. *Am J Obstet Gynecol* 1995;172:1851-56
19. PICAUD.A, NLOME-NZE.A.R, OGOWET.N, MOUELY.G. Les ruptures utérines: A propos de 31 cas au centre hospitalier de Libreville (Gabon). *Rev Fr GynecolObstet* 1989; 84 (5): 411–416.
20. Sentilhes L, Vayssière C, Beucher G, Deneux-Tharaux C, Deruelle P, Diemunsch P, et al. Delivery for women with a previous cesarean: guidelines for clinical practice from the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* sept 2013;170(1):25-32
21. BRETELLE.F, D'ERCOLE.C, CRAVELLO.L. Utérus bicatriciel : La place de l'épreuve utérine. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1998; 27: 421–424.
22. ARDAENS.Y, LEVAILLANT.J.M, BADY.J. Malformations utérines et du tractus génital féminin. *Encycl Méd Chir, Radiodiagnostic-Urologie-Gynécologie*, 34–620–D–10, 2006.
23. Cassagnol C, Rudigoz RC. Grossesse et utérus cicatriciel. *Encycl Méd Chir Gynécologie/Obstétrique*, Elsevier, Paris, 2003;5-016-D-20:15p
24. Smith JG, Mertz HL, Merrill DC. Identifying risk factors for uterine rupture. *Clin Perinatol.* 2008;35:85–99.

25. Berhan Y, Berhan A. Causes of maternal mortality in Ethiopia: a significant decline in abortion related death. *Ethiop J Health Sci.* 2014;24(Suppl):15–28.
26. MAZOUNI.C, MENARD.J.P. Maternal morbidity associated with obstetrical maneuvers in shoulder dystocia. *Euro J Obstetrics &GynecolReprodBiol* 2006; 129: 15-18.
27. DeRoux SJ, Prendergast NC, Adsay NV. Spontaneous uterine rupture with fatal hemoperitoneum due to placenta accreta percreta: a case report and review of the literature. *Int J Gynecol Pathol* 1999 Jan; 18(1):82–6
28. SAVEY.L, LE TOHIC.A. Malformations utérines. *EncyclMédChir, Gynécologie*, 123–A–10, 2003, 17 p.
29. Shipp TD, Zelop C, Repke JT, Cohen A, Caughey AB, Lieberman E. The association of maternal age and symptomatic uterine rupture during a trial of labor after prior cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2002;99:585-88.
30. Sakr R, Berkane N, Barranger E, Dubernard G, Daraï E, Uzan S. Unscarred uterine rupture: case report and literature review. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2007;34:190–2.
31. Catanzarite V, Cousins L, Dowling D, Daneshmand S. Oxytocinassociated rupture of an unscarred uterus in a primigravida. *Obstet Gynecol* 2006;108:723–5.

32. Fatfouta I, Villeroy de Galhau S, Dietsch J, Eicher E, Perrin D. Rupture utérine spontanée pendant le travail : à propos d'un cas et revue de la littérature. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2008;37:200–3.
33. Russo ML, Sukhavasi N, Mathur V, Morris SA. Obstetric Management of Loeys-Dietz Syndrome. *Obstet Gynecol*. 2018 Jun;131(6):1080-1084
34. Williamson HO, Sowell GA, Smith HE. Spontaneous rupture on gravid uterus in a patient with diethylstilbestrol type genital changes. *Am J Obstet Gynecol* 1984;150:158–60.
35. Schrimsky DC, Benson RC. Rupture of the pregnant uterus: a review. *Obstet Gynecol Surv* 1978;33:217–32.
36. Walsh CA, Baxi LV. Rupture of the primigravid uterus: a review of the literature. *Obstet Gynecol Surv* 2007;62:327–34.
37. Ramos A, Bonnat L, Robillard D, Dallay D, Horovitz J, Leung JJ. Altération du rythme cardiaque fœtal précédent la rupture utérine. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2004;33:367
38. Turner MJ. Uterine rupture. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2002;16:69—76
39. Raghavaiah NV, Devi AI. Bladder injury associated with rupture of the uterus. *Obstet Gynecol*. 1975 Nov;46(5):573-6
40. Rottenstreich M, Rotem R, Hirsch A, Farkash R, Rottenstreich A, Samueloff A, Sela HY. Delayed diagnosis of intrapartum uterine rupture - maternal and neonatal consequences. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2021 Mar;34(5):708-713.

41. BARBARINO–MONNIER.P, BARBARINO.A, BAYOUMEU.F, JUDLIN.P. Hémorragies graves au cours de la grossesse et du post-partum. Choc hémorragique. *EncyclMédChir, Obstétrique*, 5–082–A–10, 1998, 11p
42. Mazzone ME, Woolever J. Uterine rupture in a patient with an unscarred uterus: a case study. *WMJ* 2006;105:64—6
43. Turner MJ. Uterine rupture. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2002;16:69–76
44. Leung AS, Leung EK, Paul RH. Uterine rupture after previous cesarean delivery: maternal and fetal consequences. *Am J Obstet Gynecol*. 1993 Oct;169(4):945-50
45. Golan A, Sandbank O, Rubin A. Rupture of the pregnant uterus. *Obstet Gynecol* 1980;56:549–59
46. Gibbins KJ, Weber T, Holmgren CM, Porter TF, Varner MW, Manuck TA. Maternal and fetal morbidity associated with uterine rupture of the unscarred uterus. *Am J Obstet Gynecol*. 2015 Sep;213(3):382.e1-6.
47. GOLAN.A, SANDBANK.O, RUBIN.A. Rupture of the pregnant uterus. *Obstet&Gynecol* 1980; 56: 549–559.
48. Lim AC, Kwee A, Bruinse HW. Pregnancy after uterine rupture: a report of five cases and a review of the literature. *Obstet Gynecol Surv* 2005;60:613—7.