

## CAS CLINIQUES

# LA RUPTURE UTERINE SPONTANEE SUR UTERUS NON CICATRICIEL EN COURS DE GROSSESSE : A PROPOS DE DEUX OBSERVATIONS ET REVUE DE LA LITTERATURE

## THE SPONTANEOUS UTERINE RUPTURE ON UNSCARRED GRAVID UTERUS: REPORT OF 2 CASES AND LITERATURE REVIEW

NGOM PM<sup>1</sup>, NIANG MM<sup>2</sup>, DIOP A<sup>2</sup>, KALAI W<sup>2</sup>, GUEYE M<sup>2</sup>, DIOUF AA<sup>2</sup>,  
DIONNE P<sup>1</sup>, CISSE CT<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hôpital Principal de Dakar, 1 Avenue Nelson Mandela BP 3006 Dakar, Sénégal

<sup>2</sup>Clinique gynécologique et obstétricale du CHU Aristide Le Dantec BP 3001 Dakar, Sénégal

*Auteur correspondant : Dr Papa Malick NGOM, Gynécologue Obstétricien  
Service de Gynécologie Obstétrique, Hôpital Principal de Dakar  
1, Avenue Nelson Mandela- BP 3006, Dakar, Sénégal  
Tel : (00221) 77 433 84 26 Email : ppmalick@yahoo.fr*

### Résumé

La survenue d'une rupture utérine spontanée sur utérus gravide non cicatriciel est un événement exceptionnel au cours de la grossesse. Nous rapportons les observations cliniques de deux patientes ayant présenté une rupture utérine spontanée en cours de grossesse. La rupture s'est révélée dans les deux cas par un syndrome douloureux abdominal aigu associé à un tableau d'hémorragie intrapéritonéale. Aucun décès maternel n'était déploré. Le pronostic fœtal a été dramatique dans les deux cas. La prise en charge relève d'une réanimation efficace suivie d'une hémostase chirurgicale. Sur la base de nos observations et des différents articles publiés, nous rappelons les aspects étiopathogéniques, cliniques et thérapeutiques de la rupture utérine spontanée sur utérus gravide non cicatriciel en cours de grossesse.

**Mots-clés** : hémopéritoine - grossesse - rupture utérine – utérus non cicatriciel

### Summary

*The occurrence of spontaneous uterine rupture on unscarred gravid uterus is an exceptional event during pregnancy. We report the clinical findings of two patients who experienced spontaneous uterine rupture during pregnancy. The rupture was found in both cases by acute abdominal pain syndrome associated with an array of intraperitoneal hemorrhage. No maternal death was lamented. The fetal outcome was dramatic in both cases. Support is an effective resuscitation followed by surgical hemostasis. Based on our observations and various published articles, we recall aspects etiopathogenic, clinical and therapeutic of spontaneous uterine rupture on unscarred gravid uterus during pregnancy.*

**Keywords:** hemoperitoneum - pregnancy – uterine rupture – unscarred uterus

## INTRODUCTION

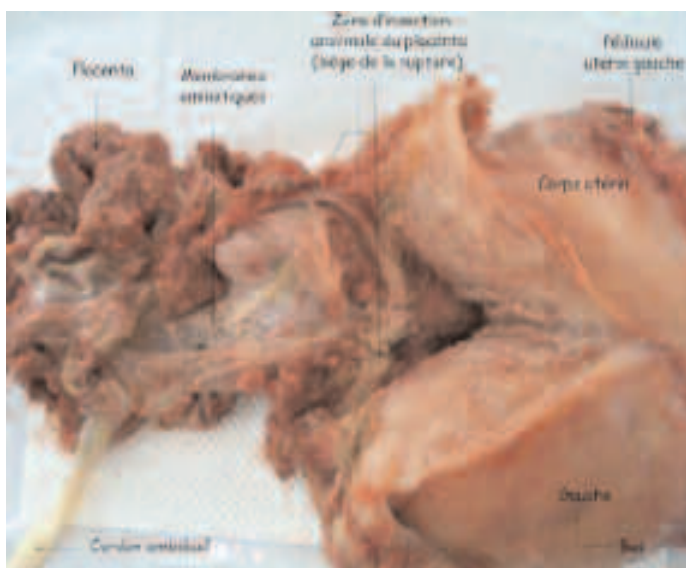
La rupture utérine est définie par une solution de continuité transfixiant toute l'épaisseur de la paroi utérine ainsi que le feuillet péritonéal adjacent. La lumière utérine communique alors avec la cavité péritonéale. C'est l'une des complications obstétricales les plus graves et les plus redoutées mettant en jeu le pronostic vital maternel et fœtal et le pronostic obstétrical futur de la patiente. Elle peut survenir de manière traumatique pendant le travail ou spontanée en cours de grossesse. Les ruptures spontanées concernent quasi-exclusivement les patientes présentant un antécédent de chirurgie utérine (notamment césarienne, myomectomie et perforation utérine), rarement les utérus non cicatriciels [1,2].

Nous rapportons les observations cliniques de deux patientes ayant présenté une rupture utérine spontanée sur utérus sain en cours de grossesse, respectivement de 29 semaines d'aménorrhée (SA) et 20 SA. Les aspects étiopathogéniques, cliniques et thérapeutiques sont discutés à travers une revue de la littérature.

## CAS CLINIQUES

### OBSERVATION N°1

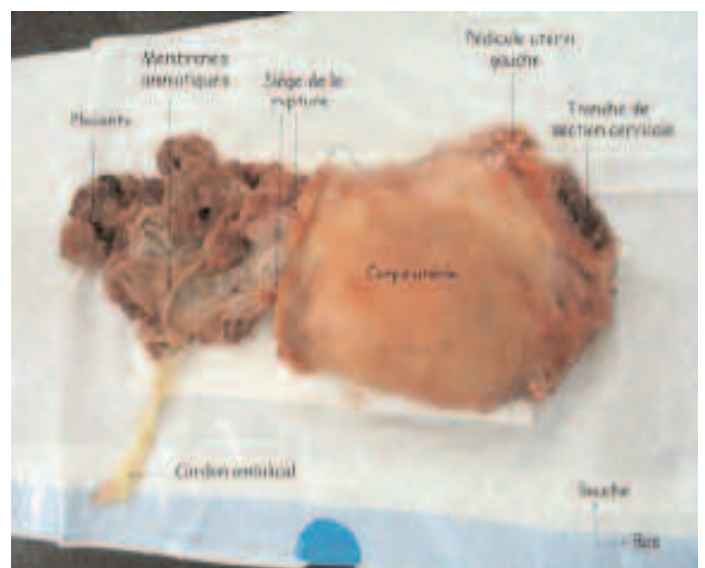
Il s'agit d'une patiente de 40 ans, cinquième geste, quatrième pare, enceinte de 29 SA, reçue en urgence pour une douleur abdominale d'apparition brutale associée à des vertiges.



**Figure 1 : Aspect macroscopique de l'utérus, adhérence anormale du placenta (placenta increta)**

Elle avait comme antécédent une mort intra-partum. La grossesse s'était jusque là déroulée normalement. Elle était admise aux urgences pour une douleur abdominale aiguë généralisée avec une défense à la palpation abdominale évoluant depuis cinq heures. On notait une pâleur cutanéo-muqueuse associée à un pouls petit et filant, des extrémités froides et une pression artérielle impalpable. Les bruits du cœur fœtal n'étaient pas perçus.

Au toucher vaginal, le col admettait la pulpe du doigt avec des métrorragies minimales de sang rouge. Le bilan biologique demandé en urgence retrouvait une anémie à 6,4 g/dl. La patiente a bénéficié d'une réanimation préopératoire avec un remplissage vasculaire pour corriger l'instabilité hémodynamique et une oxygénation au masque pour lutter contre l'hypoxie. Une laparotomie médiane sous-ombilicale pratiquée en urgence permettait d'évacuer un hémopéritoine de 2,5 l et d'extraire un fœtus mort-né de sexe féminin pesant 1300 g. On constate une rupture utérine fundique transversale étendue à la corne utérine droite sur 5 cm. La délivrance était impossible du fait d'une adhérence anormale du placenta (figures 1 et 2), ce qui nous a amené à réaliser une hystérectomie sub-totale interannexielle d'hémostase. En peropératoire, le bilan montre une anémie à 5g/dl et une coagulation intravasculaire disséminée (CIVD) débutante corrigées par la transfusion de deux poches de sang total et deux plasmas frais conge-



**Figure 2: Aspect macroscopique de l'utérus (rupture utérine fundique)**

lés. Les suites opératoires étaient simples et la patiente était transférée en unité de réanimation où elle a bénéficié d'une antibioprofylaxie à base d'Amoxicilline Acide clavulanique à raison d'un gramme en intraveineuse directe toutes les 8 heures. Sa sortie était autorisée après 10 jours d'hospitalisation.

L'examen histologique de la pièce d'hystérectomie était en faveur d'un placenta increta avec des villosités placentaires qui envahissent toute l'épaisseur du myomètre, sans aller au-delà de la séreuse.

## OBSERVATION N°2

Il s'agit d'une patiente de 40 ans, huitième geste, cinquième pare. Elle présente comme antécédent un avortement précoce prise en charge par une aspiration manuelle intra-utérine et une laparotomie pour grossesse extra-utérine il y a 3 ans. Elle consulte en urgence à 20 SA pour syndrome douloureux abdominal aigu associé à des vertiges. La tension artérielle est à 10/6 et le pouls à 100 battements par minute. L'état général était altéré avec une pâleur cutanéomuqueuse. Les bruits du cœur fœtal étaient perçus, réguliers à 144 bpm. L'abdomen était globalement douloureux avec une défense marquée. Au toucher vaginal, le col était médian, court et admettait le doigt avec un cri du Douglas.

La numération formule sanguine retrouvait une anémie à 7,7 g/dl. Une échographie abdomino-pelvienne réalisée était en faveur d'une grossesse évolutive de 20 SA avec un épanchement péritonéal de grande abondance. Une laparotomie avec reprise de l'ancienne cicatrice était réalisée en urgence sous anesthésie générale. On constate une rupture fundique transversale sur 6 cm partant de la corne utérine gauche.

L'exploration mettait en évidence une grossesse complètement extériorisée dans une poche des eaux non rompue, au sein de la cavité péritonéale avec extraction d'un fœtus de sexe féminin vivant pesant 600g. Un hémopéritoine massif avec caillots importants était retrouvé, la perte sanguine était estimée à 2 L. On notait par ailleurs, des adhérences entre l'ovaire et la trompe droite, il n'y avait pas d'annexes à gauche. Une hystérectomie totale avec annexectomie droite était réalisée. Les suites opératoires étaient simples et la sortie autorisée après 6 jours d'hospitalisation. L'examen histologique de la pièce opératoire ne présentait aucune

particularité.

## DISCUSSION

Au Sénégal, l'incidence de la rupture utérine est estimée à 1/51 naissances [3]. Elle est très variable selon les pays, estimée à 1/93 en Ouganda et 1/44 au Burkina Faso [1,4]. Dans les pays industrialisés, notamment en France, cette incidence est plus faible et varie selon les séries entre 1/1000 et 1/2000 naissances dont 25% de ruptures spontanées [1,2]. Cette disparité est le reflet de conditions socioéconomiques et des niveaux de surveillance médicale différents et inégaux.

Les signes cliniques de la rupture utérine spontanée en cours de grossesse ne sont pas spécifiques, ce qui rend le diagnostic difficile. En effet, le tableau clinique qui associe de façon inconstante une douleur abdominale aiguë, des métrorragies et des anomalies du rythme cardiaque fœtal (RCF) [5, 6] peut simuler à s'y méprendre certaines urgences abdominales telles que l'appendicite et la pancréatite aiguë.

Seule la laparotomie d'urgence apportera une certitude diagnostique avec une topographie souvent corporelle pendant la grossesse alors que pendant le travail, la rupture siège avec prédilection au niveau du segment inférieur [7].

La multiparité constitue un facteur de risque majeur de rupture utérine spontanée sur utérus non cicatriciel en cours de grossesse [8]. Les autres facteurs étiologiques retrouvés sont les présentations vicieuses, la disproportion fœto-pelvienne, les manœuvres obstétricales, les expressions utérines, les anomalies d'adhérences du placenta, les malformations utérines, les perforations utérines secondaires à un curetage, une aspiration manuelle intra-utérine ou une hystérocopie et les antécédents de myomectomie, quel que soit le type de myome [5, 9].

A Yopougon, Konan Blé rapportait un cas de placenta percreta avec perforations utérines multiples spontanées, révélé par un hémopéritoine à 22 semaines d'aménorrhée chez une patiente de 33 ans deuxième geste primipare [10]. Chez notre première patiente, deux facteurs de risque étaient identifiés. En effet, en plus de la multiparité, le placenta increta était incriminé dans la survenue de la rupture utérine spontanée pendant la grossesse. Notre seconde patiente était multipare et avait un antécédent d'avortement avec manœuvre endo-utérine. Ceci pourrait expliquer chez elle une fragi-

lité myométriale acquise à l'origine de la rupture utérine [11]. Cependant, les parturientes primigestes ne sont pas exemptes d'une RU spontanée. Ainsi, Walsh et Baxi, dans une revue récente de la littérature, ont compté 36 cas de RU spontanée chez la primigeste [5].

La prise en charge initiale comporte tout d'abord des mesures de réanimation maternelle en urgence selon l'état hémodynamique [12]. Elles seront suivies d'une exploration chirurgicale par laparotomie. Le geste chirurgical doit prendre en compte l'étendue des lésions, la localisation de la rupture, l'âge de la patiente, la parité et son désir de grossesse ultérieure [1, 2].

Si la majorité des auteurs recommandent une hystérectomie totale ou subtotale interannexielle [5, 11, 13] comme ce fut le cas chez nos deux patientes, un traitement conservateur par hystérorraphie peut néanmoins être réalisé dans les cas où une reconstruction est techniquement possible, notamment chez les patientes jeunes désireuses de grossesses ultérieures [2, 5, 11]. Enfin, un examen de la filière cervico-vaginale sous valves doit être systématique afin de ne pas méconnaître une lésion cervicale et/ou vaginale.

Le pronostic maternel et fœtal peut être fatal, le plus souvent lié à un retard de prise en charge adaptée par défaut d'action conjointe et urgente de

tous les intervenants du système hospitalier. La prise en charge doit être multidisciplinaire incluant obstétricien, anesthésiste et pédiatre [7]. Classiquement, il a été rapporté un taux de morbi-mortalité maternelle et fœtale plus élevé dans les cas où la rupture intéresse les utérus non cicatriciels ou qu'elle survienne en cours de grossesse du fait de son invraisemblance dans cette population, d'où un délai diagnostique plus important que dans le groupe des utérus cicatriciels et pendant le travail ou dans le post-partum [14]. Cependant, Ofir, dans une étude visant à comparer les RU sur utérus cicatriciels et non cicatriciels, n'ont pas retrouvé de différence significative en termes du taux de morbi-mortalité maternelle et fœtale [15]. Dans notre étude, nous n'avons enregistré aucun décès maternel mais la mortalité fœtale était par contre de 100%.

## CONCLUSION

La rupture spontanée sur utérus non cicatriciel en cours de grossesse est une situation exceptionnelle. Sa prévention passe par des consultations prénatales de qualité surtout chez les patientes à risque. Pour améliorer son pronostic materno-fœtal souvent fatal, un diagnostic et une prise en charge précoces sont nécessaires en y pensant devant toute douleur abdominale aiguë chez la femme enceinte.

## REFERENCES

1. Bretones S, Cousin C, Gualandi M, Mellier G. Rupture utérine. À propos d'un cas de rupture spontanée à 30 SA chez une primipare. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1997; 26:324-7.
2. 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.
3. Guèye SMK, Moreau JC, Moreira P, Faye EO, Cissé CT, De Bernis L, et al. Rupture utérine au Sénégal. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2001; 30: 700-5.
4. Lankoandé J, Ouédraogo CMR, Touré B, Ouédraogo A, Ako-tionga M, Sano D, et al. À propos de 80 cas de ruptures utérines à la maternité du Centre Hospitalier National de Ouagadougou, Burkina Faso. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1997; 26: 715-9.
5. Walsh CA, Baxi LV. Rupture of the primigravid uterus: a review of the literature. *Obstet Gynecol Surv* 2007; 62:327-34.
6. 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.
7. Hagneré P., Denoual I., Souissi A., Deswarte S. Rupture utérine spontanée après myomectomie. À propos d'un cas et revue de la littérature. *J de Gynécologie Obstet Biol Reprod* 2011; 40 : 162-165.
8. Suner S, Jagminas L, Peipert JF, Linakis J, "Fatal spontaneous rupture of a gravid uterus: case report and literature review of uterine rupture," *Journal of Emergency Medicine*, vol. 14, no. 2, pp. 181–185, 1996.
9. Gueye M, Mbaye M, Ndiaye-Gueye MD, Kane-Gueye SM, Diouf AA, Niang MM, Diaw H, Moreau JC. Spontaneous Uterine Rupture of an Unscarred Uterus before Labour. *Hindawi Publishing Corporation Case Reports in Obstetrics and Gynecology Volume 2012, Article ID 598356, 3 pages doi:10.1155/2012/598356.*
10. Konan Blé R, Adjoussou S, Doukoure B, Gallot D, Olou N, Koffi A, Fanny M, Koné M. Une étiologie particulière de perforation utérine spontanée au deuxième trimestre de la grossesse: le placenta percreta. *J Gynécologie Obstét Fertil* 2011 ; 39 : e11-e14.
11. 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.
12. Girard C., Chatrian A., Veran C., Hoffmann P., Pons JC, Sergent F. Rupture spontanée des vaisseaux utérins pendant la grossesse : à propos de trois cas. *J Gynécologie Obstet Biol Reprod* 2012; 41 : 374-377.
13. Schrimsky DC, Benson RC. Rupture of the pregnant uterus: a review. *Obstet Gynecol Surv* 1978; 33:217-32.
14. Golan A, Sandbank O, Rubin A. Rupture of the pregnant uterus. *Obstet Gynecol* 1980; 56:549-59.
15. 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;