

Spontaneous Uterine Rupture of an Unscarred Uterus during Labor

H. Taghzouti, S. Boudhas, M.B. Idrissi, N. Mamouni, S. Errarhay, C. Bouchikhi, A. Banani

Abstract : *Uterine rupture during labor is a serious obstetric complication. It mainly survives in a scarred uterus and remains a rarity in a healthy uterus. It is an incident that can bring into play maternal and fetal vital prognoses and the obstetric outcome of patients in the absence of diagnosis and immediate treatment. We report the case of a uterine rupture in a healthy uterus occurring in our department in a 43-year-old third parent after spontaneous labor. Our therapeutic attitude is compared with data from the literature.*

Keyword : uterine rupture ; labor ; unscarred uterus.

Rupture utérine spontanée sur utérus sain pendant le travail

Résumé : La rupture utérine pendant de travail est une complication obstétricale grave. Elle survient majoritairement sur un utérus cicatriciel et reste une rareté sur un utérus sain. C'est un incident qui peut mettre en jeu les pronostics vitaux maternels et fœtaux et le devenir obstétrical des patientes en l'absence de diagnostic et de prise en charge immédiate. Nous rapportons le cas d'une rupture utérine sur utérus sain survenue dans notre service chez une troisième mère de 43 ans après un travail spontané. Notre attitude thérapeutique est confrontée aux données de la littérature.

Introduction

La rupture utérine sur utérus sain est une complication rare et grave mettant en jeu, si retard diagnostic, à court terme le pronostic vital maternel et fœtal, et à long terme le pronostic obstétrical maternel. Elle consiste à une perte de la continuité transfixiant le muscle utérin et le péritoine adjacent. Elle peut être spontanée ou post traumatique. Cette complication est d'autant plus sévère qu'elle touche des femmes jeunes en période d'activité génitale et parfois même des primigestes.

Cas clinique

Une femme de 43ans, troisième mère, cinquième mère s'est présentée en octobre 2023 aux urgences gynécologiques pour douleurs abdomino-pelviennes type contraction utérine sur grossesse à terme. Ses antécédents obstétricaux comportaient deux fausses couches spontanées précoces, et deux accouchements par voie basse sans intervention d'enfants âgés actuellement de 9 et 12ans. La grossesse actuelle est non suivie se disant à terme sans date de dernière règle précise ni échographie de datation. L'examen initial avait constaté un col fermé postérieur avec poche des eaux intactes, une attitude expectative a été de mise. L'évolution a été marquée 5h après le premier examen par la survenue d'une douleur coup de poignard avec saignement de faible abondance issue de la filière génitale est un hystérocèle à travers la vulve motivant la patiente à consulter dans notre formation pour prise en charge.

L'examen à l'admission trouve une patiente consciente stable sur le plan hémodynamique et respiratoire, contraction utérines faibles et espacées, avec à l'inspection vulvaire un col extériorisé par la vulve rouge (Figure 1), avec saignement minime provenant de la filière génitale. Au toucher vaginal et à l'examen au spéculum, les parois vaginales étaient intactes, et on a noté la présence d'une rupture cervico isthmique circonférentielle postérieure, col attache au reste de l'utérus par sa partie antérieure, palpation du pôle céphalique fœtal à travers la rupture.

Une échographie obstétricale en salle d'accouchement a été réalisée objectivant une grossesse monofoetale évolutive en présentation céphalique, placenta fundique normalement inséré sans signe de décollement. Absence d'épanchement péritonéal.

Un bilan préopératoire a été lancé objectivant un taux d'hémoglobine correct à 11,8 avec un groupage A+.

Puis la patiente fut acheminée directement au bloc opératoire pour césarienne dont l'indication est une rupture utérine sur utérus sain sur grossesse à terme.

Extraction faite d'un nouveau-né vivant de sexe féminin Apgar à 10/10 poids de naissance à 3200g.

L'exploration abdominale n'a pas objectivé de fusion de la rupture vers les parois utérine ni en communication avec la cavité abdominale. Fermeture de l'hystéroggraphie est de la paroi abdominale

Puis réalisation d'une suture de la rupture cervico isthmique par voie basse à l'aide des valves (Figure 2) . Suture faite par deux hémi-surjet au Vicryl N1 avec ré-ascension du col au niveau de la cavité vaginale (Figure 3). A noter que la patiente est restée stable sur le plan hémodynamique tout au long du geste sans nécessité de recours à la transfusion ni aux drogues vasoactives

Les Suites de couches étaient simples. Un examen gynécologique a été réalisé à 1mois du post partum objectivant une cicatrisation complète du cul de sac vaginal postérieur sans prolapsus associé (Figure 4). Une kinésithérapie périnéale a été prescrite à la patiente avec contraception efficace.

Discussion

La rupture utérine est une solution de continuité complète du mur utérin ainsi que de sa séreuse. Elle est considérée comme un accident rare dans les pays développés, survenant dans 1/2000 naissances, alors que son incidence est beaucoup plus élevée dans les pays en voie de développement, atteignant 1/100 naissances [1]. Sur un utérus non cicatriciel, sa fréquence est estimée entre 1/17 000 et 1/20 000 accouchements [2].

Elle peut survenir de manière spontanée dans 25 % des cas ou traumatique, faisant suite à un choc, une manœuvre obstétricale ou instrumentale. 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 [3]. La topographie peut être segmentaire et, notamment inférieure, lieu de prédilection lors du travail, ou corporelle, pour les ruptures survenant avant le travail [4].

Les symptômes de rupture utérine sur utérus sain sont non spécifiques et hétérogènes, entraînant un retard fréquent de prise en charge. Et des complications plus graves, aussi bien, sur le versant maternel que sur le versant fœtal. Ils sont principalement diagnostiqués lors d'une révision utérine pour hémorragie du postpartum, ou de manière fortuite pendant la césarienne. Le diagnostic doit être évoqué principalement lors de métrorragies de fin de travail ou immédiatement en postpartum, associé à des douleurs abdominales persistantes ou une hypotension maternelle inexpliquée [5 ;6 ;7].

Parmi les facteurs favorisant la survenue de rupture sur utérus sain on trouve un antécédant de curetage endométrin, la multiparité, la macrosomie fœtale, une présentation dystocique avec parfois association avec un bassin suspect réalisant une disproportion foeto-pelvienne, l'usage d'ocytociques ou encore la réalisation de manœuvres obstétricales et les extractions instrumentales [8].

La prise en charge thérapeutique consiste à faire une hystérectomie pour la plupart des auteurs. D'autres auteurs estiment que la suture simple peut être réalisée dans certaines conditions et permet de préserver la fonction de reproduction des patientes n'ayant jamais accouché avec un risque de récurrence de rupture utérine évalué entre 4 et 19 % lors d'une prochaine grossesse [9,10].

Le risque de récurrence en cas de nouvelle grossesse varie de 4 à 19 % selon les séries. Il est donc nécessaire d'informer parfaitement la patiente et de s'assurer de sa compréhension afin d'instaurer une contraception efficace et éviter toute grossesse non désirée [11] avec une surveillance armée en cas de nouvelle grossesse et recours à une césarienne prophylactique.

Conclusion

L'incidence des ruptures utérines sur utérus non cicatriciel demeure élevée dans les pays en voie de développement. Le pronostic maternel et fœtal de cette complication est mauvais car elle est associée à un taux de morbidité et mortalité materno-fœtale élevé. L'amélioration des conditions socioéconomiques des patientes et de leur éducation, de la qualité de prise en charge de la grossesse et de l'accouchement, permettrait de réduire l'incidence de cet accident.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Références :

- [1] Catanzarite V, Cousins L, Dowling D, Daneshmand S. Oxytocin associated rupture of an unscarred uterus in primigravida. *Obstet Gynecol* 2006;108(3):723—5.
- [2] 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(2):425—9
- [3] Wang YL, Su TH. Obstetric uterine rupture of the unscarred uterus: a twenty-year clinical analysis. *Gynecol Obstet Invest* 2006;62:131—5.
- [4] I. Fatfoutaa,* , S. Villeroy de Galhaub, J. Dietscha , E. Eicher c , D. Perrin ; Rupture utérine spontanée sur utérus sain pendant le travail : à propos d'un cas et revue de la littérature : *Journal de Gynecologie Obstetrique et Biologie de la Reproduction* (2008) ' 37, 200—203.
- [5] 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;213(3). 382.e1—382.e6.
- [6] Amate P, Se ror J, Aflak N, Luton D. Rupture uterine pendant la grossesse. *EMC Obstet* 2014;10 [5-080-A-10].
- [7] Mulot S, et al. Rupture utérine sur uterus non cicatriciel : à propos de 10 cas. *Gynecologie Obstetrique Fertilité & Senologie* (2018)
- [8] S. Ahmadi, M. Noura, M. Bibi, S. Boughuizane *, H. Saidi, A. Chaib, H. Khairi ; Rupture utérine sur utérus sain gravide. À propos de 28 cas ; *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 31 (2003) 713—717
- [9] Yussman MA, Haynes DM. Rupture of the gravid uterus. A 12 years study. *Obstet Gynecol* 1970;36:115—20.
- [10] Gautier C, VanBelle Y, VanBogaert LJ, DeMuylder E. Rupture utérine : réflexion à propos d'un cas spontané à mi-grossesse. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1985;4:201—9.
- [11] Mazzone ME, Woolever J. Uterine rupture in a patient with an unscarred uterus: a case study. *WMJ* 2006;105:64—6

Iconographie



Figure 1 : rupture utérine avec extériorisation du col à travers la vulve



Figure 2 : suture per-opératoire par voie basse



Figure 3 : résultat post opératoire immédiat avec suture du cul de sac postérieur



Figure 4 : contrôle clinique après 1 mois avec cicatrisation complète