

Rupture utérine précoce à l'Hôpital Provincial du Nord Kivu de Goma : A propos d'un cas

[Precocious Uterine Rupture at the North Kivu Provincial Hospital of Goma : A Case Report]

Kyembwa Mulyumba Michel¹, Taji Leki Sosthène², Kahambwe Ekoko Grace¹, Mwetaminawa Sangani Georgette³, Matega Habiragi³, and Katenga Bosunga³

¹Département de Gynécologie-Obstétrique, Faculté de Médecine, Université de Goma, Goma, RD Congo

²Département de Gynécologie-Obstétrique, Faculté de Médecine, Université de Bunia, Bunia, RD Congo

³Département de Gynécologie-Obstétrique, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université de Kisangani, Kisangani, RD Congo

Copyright © 2018 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the **Creative Commons Attribution License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: *Background:* Uterine rupture achieves a solution of continuity of the thickness of the wall of the womb. It can be spontaneous or provoked. It can occur during work (most often) or during pregnancy. In all cases, although this occurs in the third trimester of pregnancy, uterine rupture can also occur before this period of gestation, the second trimester of pregnancy. *Case:* A 29-year-old woman, gesture 8, par 8, with a history of in utero death and uterine incision presented a hemoperitoneum picture of a 26-year-old pregnancy. She consulted 8 hours after the sudden onset of severe abdominal pain and metrorrhagia. Uterine rupture was observed during laparotomy, and adequate maternal management was performed. *Conclusion:* The occurrence of uterine rupture should be suspected before any hemoperitoneum, hemodynamic instability or metrorrhagia, even before the third trimester of pregnancy. Early diagnosis could improve the fetal-maternal prognosis.

KEYWORDS: Uterine rupture, precocious, Goma.

RÉSUMÉ: *Contexte :* La rupture utérine réalise une solution de continuité de l'épaisseur de la paroi de l'utérus. Elle peut être spontanée ou provoquée. Elle peut survenir pendant le travail (le plus souvent) ou pendant la grossesse. Dans tous les cas, bien que cela s'observe au troisième trimestre de la grossesse, une rupture utérine peut aussi se réaliser avant cette période de gestation, soit au deuxième trimestre de la grossesse.

Cas : Une femme de 29 ans, geste 8, pare 8, avec antécédents de morts in utero et d'incision utérine a présenté un tableau d'hémopéritoine sur une grossesse de 25 SA. Elle a consulté 8h après l'installation brutale d'une vive douleur abdominale et de métrorragies. Une rupture utérine a été constatée lors de la laparotomie, et une prise en charge maternelle adéquate a été réalisée.

Conclusion : La survenue d'une rupture utérine devra être suspectée devant tout tableau d'hémopéritoine, d'instabilité hémodynamique ou de métrorragie, même avant le troisième trimestre de la grossesse. Un diagnostic précoce pourrait améliorer le pronostic fœto- maternel.

MOTS-CLEFS: Rupture utérine, précoce, Goma.

1 INTRODUCTION

La rupture utérine se définit par des solutions de continuité complètes ou incomplètes, non chirurgicales, survenant sur un utérus gravide, pendant la grossesse ou le travail [1,2].

Elle constitue une complication rare, grave et potentiellement létale pour la mère et son fœtus et doit être évoquée en urgence afin d'assurer une prise en charge optimale [3]. L'incidence est variable selon les pays avec un taux élevé particulièrement dans les pays en développement. Elle varie de 0,25 à 2,33 % [4]. Nous rapportons un cas d'une rupture précoce et complète de l'utérus avant le travail, à 25 semaines et 1 jour d'aménorrhée, avec un antécédent d'utérus deux fois cicatriciel.

2 CAS RAPPORTÉ

Une gestante, âgée de 29 ans, septième pare et huitième geste était admise en urgence le 05 janvier 2018 pour douleur vive, d'installation brutale ressentie depuis environs 8h de temps, de localisation sous-ombilicale, sur une aménorrhée de 25 semaines et 1 jour.

Dans ses antécédents obstétricaux, il y a notion d'avortements tardifs des trois premières grossesses. Et malgré une vie normale en couple, sans pratique de la contraception, la grossesse suivante est survenue sept ans après. Cette quatrième grossesse avait atteint son terme et l'accouchement était par césarienne, en décembre 2011, indiquée pour une présentation transversale. Le nouveau-né avait un poids de 2800g.

Deux accouchements par voie naturelle sur grossesses à terme s'étaient succédés en juillet 2013 (soit 17 mois après la césarienne) et en novembre 2014, avec des poids à la naissance respectivement de 3600 et 2900g. En juillet 2016, elle avait subi sa deuxième césarienne dont l'indication est ignorée. Elle n'a aucun antécédent médical particulier.

Concernant la grossesse actuelle, elle s'était rendue aux séances de CPN en novembre et en décembre 2017 ; le bilan réalisé était sans particularités.

A l'examen physique, on avait noté une altération de l'état général par une agitation, et une attitude alitée active, sans fièvre et sans pâleur des conjonctives palpébrales. La pression artérielle était de 100/60 mmHg, le pouls à 98 battements à la minute et la fréquence respiratoire à 22 cycles par minute. L'abdomen était ballonné, et très sensible à la palpation superficielle. La vulve était propre, le col en postérieur admettant un doigt au Toucher Vaginal ; le cri de douglas était présent et le doigtier était légèrement souillé de sang noirâtre.

Devant ce tableau, le diagnostic d'un épanchement probable de la cavité abdominale avait été retenu. L'échographie réalisée en urgence avait confirmé l'épanchement avec un fœtus dont le rythme du cœur fœtal était extrêmement ralenti (32/minutes). La ponction du douglas avait été réalisée pour déterminer la nature de l'épanchement, et avait ramené du sang non coagulable, ce qui avait confirmé la présence d'un hémopéritoine.

Une laparotomie avait été indiquée et réalisée en urgence après un bilan biologique pré-opératoire (Groupe Sanguin O rhésus positif, Taux d'hémoglobine 11g/dl, Hématocrite 39%, Temps de saignement 2 minutes et 30 secondes, Temps de coagulation 4 minutes et 11 secondes).

Au cours de l'intervention chirurgicale, un hémopéritoine important et la présence du fœtus dans la cavité péritonéale étaient constatés. Le placenta relié au fœtus mort, par le cordon ombilical était déjà décollé, mais logé dans la cavité utérine. Il n'y avait pas de caillot sanguin rétroplacentaire ni des ecchymoses sur l'utérus. La rupture spontanée était transversale basse, limitée à la face antérieure de l'utérus. Le fœtus, de sexe masculin avait un poids de 700g et le placenta avait pesé 130g.

Après aspiration du sang d'épanchement, suivi du retrait du fœtus et du placenta de la cavité péritonéale, une hystérorraphie avait été réalisée suivie d'une ligature tubaire bilatérale, choix de la patiente et de son mari qui n'avaient pas adhéré à la proposition d'une hystérectomie. Les pertes sanguines avaient été estimées à 800 millilitres. Le reste de l'intervention s'était bien déroulé, la patiente avait bénéficié d'une poche de sang isogroupe, isorhésus, compatible et testé suite à une baisse de la pression artérielle. Les suites post-opératoires étaient simples.

3 DISCUSSION

La rupture utérine spontanée à un âge gestationnel de 25 semaines et 1 jour, en dehors du travail d'accouchement ou d'un traumatisme direct sur l'abdomen est assez rare dans la littérature. Pour ce cas, le tableau d'une rupture utérine était classique

mais il était difficile voire impossible d'y penser à cet âge gestationnel (confirmé par l'échographie) et en l'absence des signes de travail.

Notre patiente était âgée de 29 ans. Shipp et al [5] ont montré dans une étude rétrospective que le risque de rupture utérine était plus élevé chez les femmes âgées de plus de 30 ans.

Les principaux diagnostics différentiels obstétricaux à évoquer sont multiples. Quelque soit l'étiologie évoquée, la laparotomie demeure la seule alternative devant être réalisée en urgence et qui apportera le diagnostic de certitude [3]. Cette attitude a concerné notre cas.

Pour ce cas rapporté, la rupture utérine s'est réalisée au deuxième trimestre de la grossesse, en dehors du travail d'accouchement, après un espace intergénéral de 20 mois. Pendant que l'histoire nous signale une naissance par voie naturelle sans complication obstétricale d'un nouveau-né de 3600g, 17 mois après la première césarienne. Cependant, la littérature définit l'utérus cicatriciel comme un facteur de risque majeur de la rupture utérine spontanée en cas d'un espace intergénéral court, inférieur à une année, généralement au troisième de la grossesse [6].

Contrairement à notre cas, beaucoup d'études rapportent que la majorité des cas de rupture utérine étaient observés en fin de grossesse ou pendant le travail d'accouchement [7,8]. Quant à la précocité de la rupture utérine, il a été signalé à propos d'un cas rapporté par Sanaa et al, sur une aménorrhée de 12 semaines, que l'exploration avait révélé un utérus bicorne avec héli utérus droit rompu au niveau du fond [9]. Notre cas n'a pas signalé la présence d'une malformation en cours de l'intervention chirurgicale.

Concernant la parité, des auteurs ont rapporté une augmentation de la fréquence de la rupture utérine à partir d'une parité supérieure ou égale à 3 [1,10]. Ce qui a été observé pour notre cas.



**Fig. 1. Incision utérine spontanée
(Image du constat per opératoire)**



Fig. 2. Nouveau-né fraîchement mort

4 CONCLUSION

Les cas de rupture spontanée précoce de l'utérus ne sont pas suffisamment documentés, en dehors de quelques-uns survenant généralement sur les utérus malformés. Il serait prudent d'y penser devant toute symptomatologie en sa faveur, quelque soit l'âge gestationnel, afin d'adopter une attitude adéquate pour une meilleure prise en charge.

CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts

CONTRIBUTIONS DES AUTEURS

Tous les auteurs ont contribué à la conduite de cette étude et ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

REFERENCES

- [1] Kouakou P, Djanhan Y, Doumbia Y, Djanhan L, Ouattara M. Les ruptures utérines: aspects épidémiologiques et pronostic fœto - maternel à la maternité du CHU de Bouaké (Côte d'Ivoire) Rev. CAMES- Série A, Vol. 0-5,2007
- [2] O. Parant Rupture utérine : prédiction, diagnostic et prise en charge. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction (2012) 41, 803-816.
- [3] 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. Jjournal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Elsevier, 2008, 37, 200-203.
- [4] Randriambelomanana JA, Botolahy ZA, Harimiandatsoa T, Heriniaina SA, Rakotoarijaona A, Andrianampanalinarivo HR. Ruptures utérines : Étude de 57 cas vus au Centre Hospitalier Universitaire de Toamasina Madagascar. Rev Anesth-Réanim Méd Urg 2010;2(3):4-6.
- [5] Shipp TD, zelop C, Repke JT, et al. The association of maternal age and symptomatic uterine rupture during a trial of labor after prior cesarean delivery. Obstetrics & Gynecology. 2002;99:585-588.
- [6] 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.
- [7] Bretones S, Cousin C, Gualandi M, Mellier G. Rupture utérine. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1997; 26: 324-7].
- [8] Wang YL, Su TH. Obstetric uterin rupture of the unscarred uterus: a twenty-year clinical analysis. Gynecol Obstet invest 2006 ; 62:131-5
- [9] Sanaa I, Karima K, Sakher M, Houssine B, Naima. Rupture utérine sur utérus bicorne à 12 semaines d'aménorrhée: à propos d'un cas. Pan African Medical Journal. 2016.
- [10] Vangeenderhuysen C, Suidi A. Rupture utérine sur utérus gravide : étude d'une série continue de 63 cas à la maternité de Niamey (Niger). Med Trop 2002;62:615-18.