

## Rupture spontanée des varices utérines au cours de la grossesse: Approche diagnostique et thérapeutique

I. Bendriss, Z. El Mzabri, M. El Youssfi, and S. Bargach

Service de gynécologie, de cancérologie et de grossesse à haut risque, Maternité Souissi, Rabat, Morocco

Copyright © 2020 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:** The spontaneous rupture of uterine varicose veins during pregnancy and more particularly in the third trimester, is an exceptional cause of hemorrhagic shock by hemoperitoneum. Its diagnosis is difficult due to its rarity and the absence of specific signs. Maternal-fetal care must be immediate in order to reduce high fetal mortality and limit maternal morbidity.

**KEYWORDS:** Pregnancy, uterine varicose veins, spontaneous rupture, maternal-fetal care immediate.

**RESUME:** La rupture spontanée de varices utérines au cours de la grossesse et plus particulièrement au troisième trimestre, est une cause exceptionnelle de choc hémorragique par hémopéritoine. Son diagnostic est difficile en raison de sa rareté et en l'absence de signes spécifiques. La prise en charge materno-foetale doit être immédiate afin de diminuer la mortalité foetale élevée et de limiter la morbidité maternelle.

**MOTS-CLEFS:** Grossesse, varices utérines, rupture spontanée, soins materno-fœtaux immédiats.

### 1 INTRODUCTION

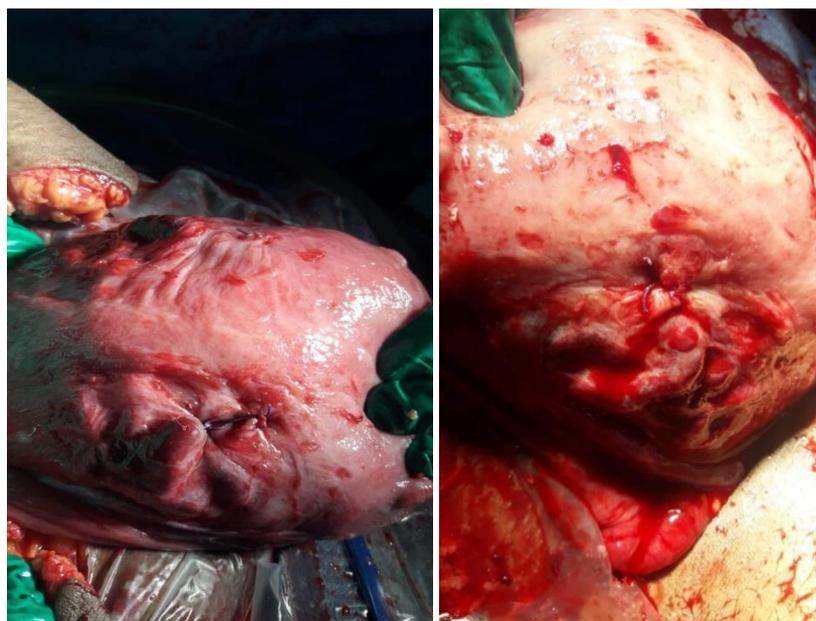
La rupture spontanée de varices utérines au cours de la grossesse est une cause exceptionnelle de choc hémorragique par hémopéritoine. Nous rapportons le cas d'une patiente admise aux urgences dans un état de choc hémorragique dont le diagnostic de rupture de varices utérines a été établi en peropératoire.

### 2 CAS CLINIQUE

Mme M.Z., 32 ans, sans antécédents pathologiques notables, primigeste, a été admise aux urgences obstétricales dans un état de choc hémorragique avec une hypotension à 9/5, une tachycardie à 110bpm et des sueurs profuses. Une échographie obstétricale a été réalisée en urgence objectivant une grossesse gémellaire à 36 semaines d'aménorrhée avec mort fœtale in utero d'un jumeau et bradycardie chez le deuxième (confirmée par enregistrement du rythme cardiaque fœtal), associée un hémopéritoine de moyenne abondance. L'indication de césarienne a été posée devant le tableau de collapsus maternel avec souffrance fœtale aigue.

La laparotomie médiane a révélé un hémopéritoine d'environ 1000ml avec des caillots de sang et l'extraction d'un mort-né et d'un bébé en état de mort apparente.

A l'exploration, on a pu éliminer la présence d'un hématome rétroplacentaire ou de rupture utérine et l'examen de l'utérus a révélé à sa face postérieure une dilacération du péritoine viscéral siège d'un volumineux paquet variqueux saignant en nappe à l'origine de l'hémopéritoine. L'hémostase a été obtenue grâce à plusieurs points en X. la patiente a reçu 2 culots globulaires en peropératoire.



Les suites opératoires ont été simples.

### 3 DISCUSSION

L'apparition d'un hémopéritoine spontané en cours de grossesse est heureusement une pathologie rare. Son étiologie peut être gynécologique (rupture utérine, placenta percreta, complication de myome, pathologies annexielles...), digestive (rupture d'adénome hépatique, rupture hépatique sur prééclampsie), ou vasculaire (anévrisme dans le cadre de périarthrite noueuse, infarctus rénal ou splénique...).

Depuis 1950, seuls 8 cas ont été rapportés [2], [3], [4], [5], [6], [7], [8], [9], six patientes étaient primipares [1], [2], [5], [6], [7], [8] sans antécédents particuliers, deux en début de travail [7], [9]. Cinq foetus sur huit étaient morts *in utero* dès l'admission [3], [4], [5], [6], [8]. La mortalité maternelle était nulle en raison d'une prise en charge anesthésique et chirurgicale rapide.

Parmi les observations rapportées depuis 1950, seule la constatation per-opératoire a permis de poser le diagnostic de rupture de varices utérines. L'hémostase a été réalisée par points simples dans 5 cas [4], [6], [7], [8], [9] mais trois hystérectomies ont été nécessaires [2], [3], [5].

En l'absence de diagnostic anatomo-pathologique, la physiopathologie de telles ruptures reste obscure. L'hypothèse de Hodgkinson était que la rupture soit consécutive à un effort (toux, port de charge lourde, rapport sexuel, effort de défécation ou d'expulsion). Toutefois, la majorité des ruptures semblent être spontanée. La nature-même des parois vasculaires a alors été mise en cause par Dubuisson et al [10] qui constatent que ce réseau veineux est plus fragile de par son absence de valve. D'autres auteurs pointent du doigt les modifications physiologiques liées à la grossesse: selon Chung Fat et al [11], l'apparition et la rupture des varices utérines seraient liées à l'augmentation en nombre et en calibre des vaisseaux du réseau utérin, ainsi qu'à la distension et la tortuosité qui leur sont spécifiques. Swangers et al [12], quant à eux, incriminent la compression iliaque par l'utérus gravide empêchant un retour veineux optimal et favorisant l'apparition d'anévrismes dans le réseau veineux en amont, ce qui les fragilise. Devant un tel tableau clinique, une imagerie est indispensable avec comme premier choix l'échographie. Enfin, certains auteurs comme Takami et al [13], évoquent une fragilisation de la paroi des vaisseaux par un processus d'endométriase ou adhérentiel ancien.

Dans notre cas, l'échographie était d'une importance primordiale en raison de la détection de l'hémopéritoine.

Une exploration chirurgicale est toujours indiquée pour, d'une part, préciser le point de départ du saignement et, d'autre part, le traiter si possible.

Quelle que soit l'hypothèse diagnostique envisagée devant un tableau de collapsus maternel avec souffrance foetale aiguë, seule la laparotomie en vue de l'extraction s'impose. Elle seule permet le diagnostic étiologique et la prise en charge adaptée, conservatrice le plus souvent.

L'avenir obstétrical de ces patientes semble difficile à apprécier, la littérature ne fournissant aucune conduite à tenir concernant leur surveillance lors d'une grossesse ultérieure. L'utilisation du doppler couleur pourrait aider à localiser des varices utérines récidivantes chez ces patientes aux antécédents de ruptures.

#### 4 CONCLUSION

L'apparition d'un hémopéritoine durant la grossesse est heureusement une pathologie rare. Aucune incidence précise ne ressort de la littérature. Les facteurs de risque n'ont pu être mis en évidence: sa survenue ne semble pas être corrélée à l'âge de la patiente, sa gestité, sa parité ou son origine ethnique. Malgré sa rareté, ce diagnostic doit toujours rester à l'esprit du clinicien face à une femme enceinte présentant des troubles hémodynamiques, avec ou sans une douleur abdominale d'apparition brutale, avec ou sans une souffrance fœtale; car la rapidité du diagnostic et de la prise en charge va déterminer la morbidité et la mortalité fœtomaternelle.

#### REFERENCES

- [1] Hodgkinson CP, Christensen RC. Hemorrhage from ruptured utero-ovarian veins during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1950; 59: 1112-7.
- [2] Berger DL, Hill JH. Spontaneous rupture of utero-ovarian vein during labor. *Obstet Gynecol* 1961; 17: 257-9.
- [3] Estep E, Dettling JJ. Spontaneous rupture of vein of a gravid uterus. *Obstet Gynecol* 1974; 43: 573-5.
- [4] Hager W.D. ruptured utero-ovarian vein syndrome: a case report. *Am J Obstet Gynecol* 1978; 15: 697-8.
- [5] Hartmann G, Altermann M. Spontaneous rupture of an uterine vein during pregnancy-A case report. *Geburtshilfe frauenheilkd* 1981; 41: 515-6.
- [6] Liu MM, Liu BL. Intra-abdominal hemorrhage from ruptured uterine veins during pregnancy. Report of 3 cases. *Chin Med J* 1983; 96: 312-4.
- [7] Phuapradit W. Spontaneous rupture of subserosal uterine varix of gravid uterus: a case report. *J Med Assoc Thai* 1984; 67: 98-100.
- [8] Wunsch M, Czekelius P, Submucous varicose veins of the lower uterine segment-a rare cause of pre and postpartal hemorrhages. *Zentralbl Gynakol* 1986; 108: 1073-5.
- [9] Kuppuvelumani P, Rachagan SP, Khin MS. Spontaneous intra-partum rupture of uterine vein-an uncommon cause of intra-abdominal haemorrhage. *Med J Malaysia* 1994; 49: 185-6.
- [10] Dubuisson J., Pennehouat G., Rudigoz R.C. Spontaneous rupture of the uterine pedicle during pregnancy: three case reports *Gynecol Obstet Fertil* 2006; 34: 711-715.
- [11] Chung Fat B., Terzibachian J.J., Lovera J.C., Grisey A., Leung F., Riethmuller D. Maternal death after spontaneous rupture of a uterine artery immediately following delivery: a case report *Gynecol Obstet Fertil* 2008; 36: 1008-1011.
- [12] Swaegers M.C., Hauspy J.J., Buytaert P.M., De Maeseneer M.G. Spontaneous rupture of the uterine artery in pregnancy *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1997; 75: 145-146.
- [13] Takami I., Takayuki M., Ichiro N. Endometriosis and spontaneous rupture of utero-ovarian vessels during pregnancy *Lancet* 1992; 340: 240-241.