



Cas Clinique

Rupture Utérine de Diagnostic Tardif et Inopiné en Per Opératoire après un Accouchement Dystocique par Voie Basse

Uterine rupture diagnosed late and unexpectedly during operation after a dystocic delivery by vaginal route

Daouda CAMARA¹, Joseph KONE², Amadou BOCOUM³, Mamadou Almamy Keita⁴, Assitan Traoré⁴, Aminata KOUMA⁵, Soumana Oumar TRAORE⁶, Moussa KONARE⁷, Youssouf TRAORE³.

1. Service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de Kati-Mali.
2. Service d'anesthésie et de réanimation du Centre de Santé de Référence de la commune V-Bamako.
3. Service de Gynécologie et d'obstétrique du CHU-Gabriel Touré-Mali.
4. Service de chirurgie générale du Centre de Santé de Référence de Kati-Mali.
5. Service de gynécologie et d'obstétrique du CHU Bocar Sidy Sall de Kati-Mali.
6. Service de gynécologie et d'obstétrique du Centre de Santé de Référence de la commune V-Bamako
7. Service d'anesthésie et de réanimation du centre de santé de référence de Kati-Mali.

Auteur correspondant : Daouda CAMARA, gynécologue obstétricien CSREF de Kati/ Mali ; email : daoudacamara961@yahoo.fr. Tel : (00223) 76 19 2263/66 32 46 64.

Mots clés : Découverte tardive et inopinée, Rupture utérine, post-partum tardif.

Keywords: Late and unexpected discovery, Uterine rupture, late postpartum.

RÉSUMÉ

Les ruptures utérines découvertes dans le post partum sont de plus en plus rapportées dans la littérature. Cependant très peu de cas sont diagnostiqués dans le post partum tardif.

Nous rapportons un cas de rupture utérine de diagnostic inopiné en per opératoire d'une laparotomie pour masse pelvienne dans les vingt septième jours du post partum d'un accouchement dystocique par voie basse. Il s'agissait d'une patiente de 30 ans, 5^{ème} geste, 5^{ème} pare, avec quatre enfants vivants et un décédé lors de son dernier accouchement, sans antécédent chirurgical ou médical connu. La laparotomie a été décidée pour masse pelvienne dont le diagnostic correct n'a pas pu être posé ni par l'échographie pelvienne ni par le scanner abdomino-pelvien. L'exploration a retrouvé une rupture utérine avec des tissus nécrotiques et un énorme caillot de sang, d'où la réalisation d'une hystérectomie subtotale avec salpingectomie bilatérale. Les suites opératoires ont été simples. Nous rapportons ce cas afin d'en discuter les difficultés diagnostiques et la prise en charge thérapeutique, et en confrontant notre conduite aux données de la littérature.

ABSTRACT

Uterine ruptures (or UR) discovered in the postpartum are more and more reported in the literature. However, very few cases are diagnosed in the late postpartum period.

We report a case of uterine rupture of unexpected diagnosis intraoperative of a laparotomy for pelvic mass in the twenty seventh day of the postpartum of a dystocia delivery by vaginal way. The patient was 30 years old, 5th gravida, 5th para, with four living children and one deceased during her last delivery. She had no surgical or medical history. The decision of laparotomy was made in front of a pelvic mass, the correct diagnosis of which could not be made either by pelvic ultrasound or by abdominopelvic CT. Surgical exploration found a uterine rupture with necrotic tissue and a huge blood clot, hence the realization of subtotal hysterectomy with bilateral salpingectomy. The postoperative course was uneventful. We report this case in order to discuss diagnostic difficulties and therapeutic management, and by comparing our work with data from the literature.

OBSERVATION

Plusieurs études attestent que la rupture utérine survient généralement sur utérus cicatriciel et pendant le travail d'accouchement [1]. La rupture utérine se définit comme la survenue d'une communication entre les cavités abdominale et utérine. La déhiscence, ou rupture sous péritonéale, se caractérise par une déchirure du myomètre avec respect du péritoine viscéral [2]. La découverte d'une rupture utérine ou d'une déhiscence,

plusieurs heures, voire plusieurs jours après l'accouchement est rare. Seuls quelques cas sont rapportés dans la littérature [3,4].

Nous rapportons un cas rare de rupture utérine de découverte fortuite en per opératoire d'une laparotomie réalisée le vingt septième jours du post partum d'un accouchement dystocique par voie basse. Nous discutons à travers ce cas, les difficultés diagnostiques et la prise en charge thérapeutique.

OBSERVATION

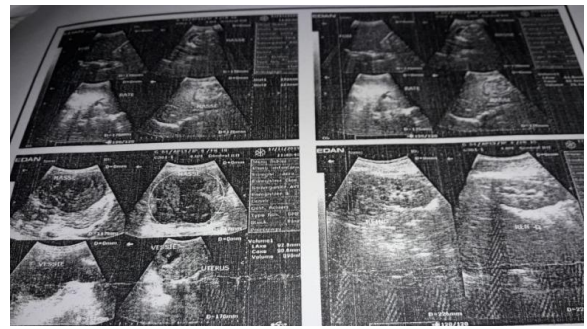
Il s'agit d'une patiente de 30 ans, quatrième geste quatrième pare, quatre enfants vivants et un décédé qui fut le dernier accouchement dans un contexte dystocique par voie basse. La patiente avait été évacuée dans notre service (centre de santé de référence de Kati) à partir d'un centre de santé communautaire (centre de premier niveau de référence) pour travail d'accouchement sur présentation vicieuse. L'accouchement a été effectué dans l'ambulance avec expulsion par présentation de siège mode complet. Cet accouchement a ramené un mort-né frais de sexe masculin pesant 3100 grammes sans anomalie morphologique. Elle a été ainsi admise dans notre service de gynécologie et d'obstétrique pour poursuite de la prise en charge et la surveillance du post-partum immédiat.

A l'admission, l'interrogatoire ne retrouvait aucun antécédent chirurgical ou médical, en dehors d'une absence totale de suivie de grossesse. L'examen physique, était normal (apyrétique, euphémique, avec un statut hémodynamique stable). Le toucher pelvien ne ramenait pas de saignement abondant ni de caillot, et la palpation abdominale objectivait un globe utérin satisfaisant. Elle est sortie de l'hôpital après 24 heures de sans anomalie clinique.

Aucun bilan prénatal et aucun traitement prophylactique n'avaient effectués durant la grossesse. L'on notait aussi dans l'anamnèse la sensation d'une masse pelvienne d'augmentation progressive de plus en plus gênante accompagnée de dysurie et de pollakiurie, sans signe digestif.

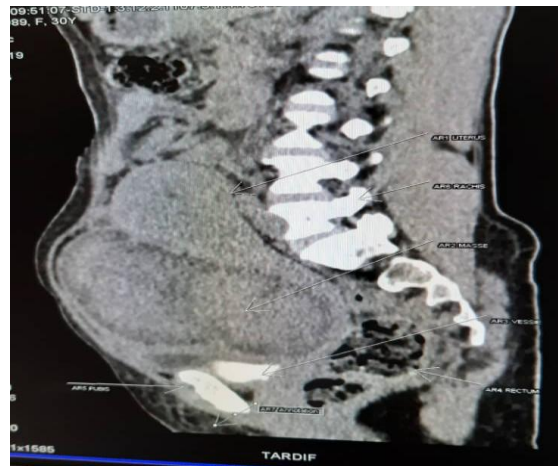
Ce tableau a motivé une consultation spécialisée au 18ème jour postpartum. A l'examen physique de ce jour, la patiente avait un bon état général, des conjonctives moyennement colorées, une fréquence cardiaque de 104 battements/mm, une pression artérielle à 10/06 cm Hg et une température axillaire 37,8 degré Celsius. L'examen abdomino-pelvien a retrouvé une voussure pelvienne. L'utérus n'était pas palpable, mais l'on percevait une masse pelvienne indolore, non mobilisable et de consistance molle. L'examen au spéculum a montré un aspect normal du col et des parois vaginales, avec présence de lochies séro-sanguinolentes minimales mais fétides. Au toucher vaginal, l'utérus était mal différencié de la masse pelvienne.

L'échographie qui s'en est suivie a objectivé une masse pelvienne de 92 x 90 mm (soit un volume de 398 ml) au dessus de l'utérus, comprimant la vessie avec retentissement sur le haut appareil urinaire [Figure 1]. Le tableau échographique a orienté vers une probable tumeur vésicale et il a été suggéré de réaliser un uro-scanner.



[Figure 1] : L'échographie à J XVIII post partum montrant une masse pelvienne sus-utérine avec retentissement du haut appareil urinaire.

Une tomodynamométrie (TDM) réalisée deux jours après a montré une formation kystique d'aspect hémorragique au dépend de l'ovaire droit mesurant 123 x 16 mm avec refoulement vers le haut et en arrière la vessie et l'artère iliaque droite qui était discrètement comprimée [Figures 2 et 3].



[Figure 2] :TDM : Une coupe sagittale après injection de produit de contraste(J XX du post partum) évoquant un kyste ovarien droit aspect hémorragique avec effet de masse sur les structures de voisinages.

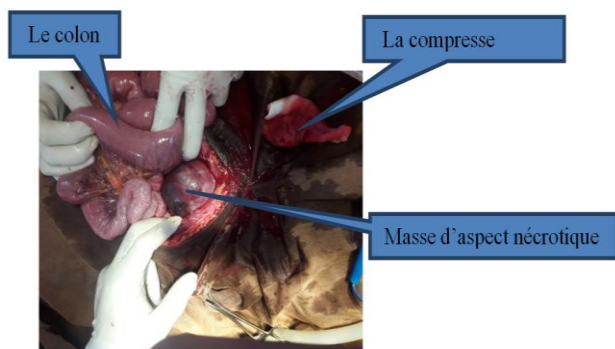


[Image 3]TDM : Une coupe axiale avec contraste réalisé à J XX post partum montrant les dimensions de la masse pelvienne.

Le bilan biologique a montré un taux d'hémoglobine à 10,66g/dl, un hémocrite à 32% et un taux de plaquettes à 380 1000/mm³, des globules blancs à 6.400/mm³ et une glycémie à jeun 3,7 mmol/l.

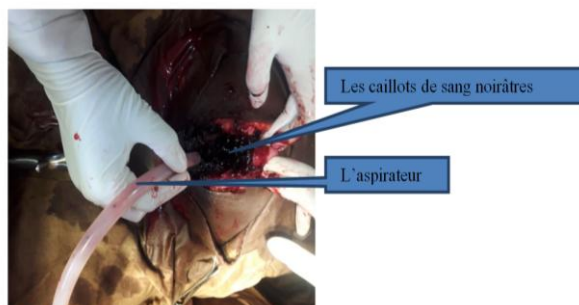
Devant ces données cliniques et paracliniques, une laparotomie fut décidée et réalisée au 27^{ème} jour post-partum. Après évaluation anesthésique, la patiente fut opérée sous rachianesthésie convertie par la suite en anesthésie générale avec intubation orotrachéale.

A la cœlioscopie nous avons découvert un pelvis blindé avec une volumineuse masse de consistance molle d'aspect nécrotique siégeant sur la face antérieure de l'utérus sur la zone segmento-vésicale, refoulant complètement la vessie [Figure 4].

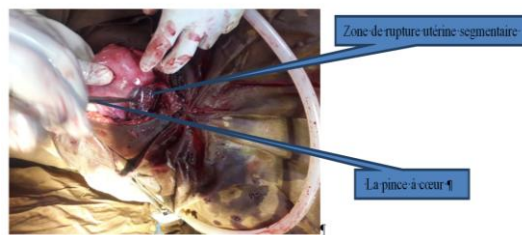


[Figure 4] Image per opératoire après ouverture de la cavité abdomino-pelvienne montrant la masse d'aspect nécrotique.

L'utérus était de taille subnormale avec large plage de nécrotique ; les deux ovaires étaient sans particularité anatomique et les trompes avaient un aspect inflammatoire. L'exploration de la masse à partir de sa zone nécrotique a mis en évidence un énorme caillot de sang noirâtre d'environ 300 g bouchant une brèche segmentaire utérine [Figures 5 et 6].

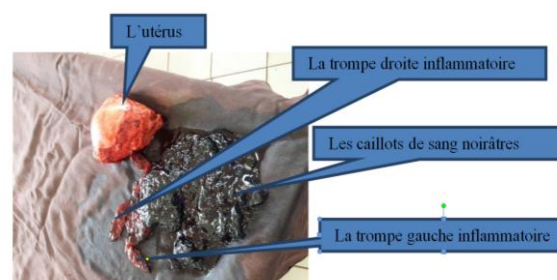


[Figure 5] Image per opératoire après ouverture de la masse montrant un important hématome fait de caillots noirâtres.



[Figure 6] Image per opératoire après évacuation des caillots montrant la zone de rupture utérine segmentaire sur 8cm environ et un utérus légèrement augmenté de volume.

Devant cet aspect inflammatoire du pelvis, une hystérectomie subtotale a été réalisée, associée à avec salpingectomie bilatérale avec conservation des ovaires [Figure 7].



[Figure 7] Image après l'intervention montrant les pièces opératoires : l'utérus, les trompes inflammatoires et les caillots de sang noirâtres.

L'intervention s'est terminée une hémostase soignée et lavage pelvien au sérum physiologique et la fermeture plan par plan des parois abdominales. En postopératoire un protocole de surveillance a été instauré comportant les surveillances des paramètres hémodynamiques, l'analgésie post opératoire, la thromboprophylaxie (à l'énoxaparine 40mg/ 24 heures en sous cutané), et une antibiothérapie probabiliste intraveineuse pendant 07 jours à base de ceftriaxone (1g toutes les 08 heures et de métronidazole (500mg toutes les 08 heures). Une transfusion de 02 culots globulaires a été réalisée pour correction d'une anémie à 8,4g/dl dans le post-opératoire immédiat. Aucune autre complication post-opératoire n'a été enregistrée et la patiente sortie du service au 10^{ème} jour après la laparotomie.

DISCUSSION

Les ruptures spontanées surviennent généralement sur un utérus cicatriciel et rarement sur utérus sain. Elles peuvent être spontanées ou provoquées mettant en jeu le pronostic vital de la mère et le fœtus[1]. Vu la complexité de cette question des ruptures utérines, nous avons porté notre intérêt sur les difficultés diagnostiques dans certains cas ainsi que les défis de la prise en charge. En France, l'incidence de la rupture utérine de façon générale varie selon les séries entre 1/1000 et 1/2000 naissances dont 25 % de ruptures spontanées [5,7]. La rupture utérine sur un utérus non cicatriciel est rare avec une fréquence est estimée entre 1 sur 17 000 à 20 000 accouchements [5,6]. En rapportant sur le nombre total de

ruptures utérines, elle reste très variable selon la zone géographique puisque estimée à 1/93 en Ouganda, 1/44 au Burkina Faso ou 1/51 au Sénégal [5, 7, 8,9]. Cette disparité peut être le reflet de conditions socioéconomiques et des niveaux de surveillance médicale différents [10]. Le diagnostic est le plus souvent dans le péri partum immédiat. Ce cas décrit ici, est notre tout premier cas de rupture utérine diagnostiquée en post partum tardif (vingt septième jour après un accouchement dystocique par voie basse). Nous n'avons retrouvé aucune donnée de la littérature rapportant un si long délai pour le diagnostic. Il faut rappeler que la rupture utérine est une situation d'une urgence extrême pouvant engager le pronostic vital à court terme [2, 3, 5,10]. Notre patiente avait un utérus jamais opéré, quoique les ruptures utérines rapportées par la littérature et dans notre expérience concernent le plus souvent des utérus cicatriciels. A l'analyse de son cas, les principaux facteurs de risque observés étaient la multiparité et les conditions d'accouchement (dystocique et dans l'ambulance) sans assistance optimale. Les signes cliniques pouvant évoquer une rupture utérine dans le post partum (le saignement génital, la douleur pelvienne, les signes de choc hémorragique) [2, 16] n'étaient pas observés dans notre cas. Le seul signe majeur était la présence de cette masse pelvienne associée des dysuries et pollakiuries d'apparition retardée. L'absence d'hémorragie du postpartum immédiat qui a contribué à retarder le diagnostic, et serait due au colmatage de la brèche utérine segmentaire par des caillots sanguins formant cette masse décrite à la palpation et l'imagerie [Figure 4]. Une révision utérine après un accouchement non assisté (même en l'absence d'éléments en faveur de sa réalisation) aurait été un élément déterminant d'un diagnostic précoce. La révision utérine systématique est recommandée par certains auteurs quels que soient les facteurs de risque, permettant ainsi de s'assurer de l'intégrité de l'utérus après les accouchements par voie basse sur utérus cicatriciel [10,11]. Cette attitude systématique est remise en cause dans la littérature du fait qu'elle serait une source supplémentaire de complications infectieuses auxquelles s'ajoutent les risques anesthésiques et traumatiques propres au geste [13, 14,15]. Dans ce cas particulier où la masse pelvienne était le symptôme principal, l'échographie réalisée n'a pas été contributive en raison du contexte et des signes cliniques urinaires associés. Cependant la prise en compte du contexte post partum et le mode apparition de la masse a pu orienter le diagnostic échographique chez certains auteurs [16]. La visualisation directe d'une solution de discontinuité de la paroi utérine semble difficile notamment dans la rupture sous péritonéale avec une brèche colmatée par des caillots de sang comme ce fut le cas de notre patiente. La tomodensitométrie (TDM) abdominopelvienne considérée comme l'examen idéal pour un diagnostic correct n'a pu élucider en évoquant un probable kyste ovarien droit d'aspect hémorragique [Figure 2]. Elle a cependant conforté la décision de laparotomie avec un diagnostic inopiné per opératoire de rupture utérine [Figures 5 et 6]. Dans les cas décrits dans la littérature, le diagnostic avait été posé avant le début de

l'intervention chirurgicale [2, 16]. La décision d'hystérectomie a été dictée par l'aspect nécrotique du tissu utérin, la largeur de la brèche (environ 8cm) et le long délai. Dans la littérature, il s'agissait surtout d'hystérectomies d'hémostase [17].

CONCLUSION

Le diagnostic tardif de rupture utérine, même sous péritonéale est exceptionnel, il doit être pensé devant toute masse pelvienne d'apparition brutale dans les suites de couches, même en absence d'hémorragie génitale ou d'algie pelvienne. Ceci pose la question de la réalisation systématique d'une révision utérine devant tout accouchement avéré non assisté par un personnel qualifié en dehors d'une structure de santé.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts pour cet article.

RÉFÉRENCES

- [1] Merger R, Levy J, Melchior J. Précis d'obstétrique; 6ème édition, Masson, Paris, n1995: pages : 348-352.
- [2] A. Guiheneufa, A.-S. Cabaretta, J.-Y. Grall a. Un cas de rupture utérine découvert enpost-partum, La Revue Sage-Femme (2008) 7, 280—282
Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com le 30 septembre 2008.
- [3] Nielsen TF, Ljungblad U, Hagberg H. Rupture and dehiscence of cesarean section scar during pregnancy and delivery. Am J Obstet Gynecol 1989;160:569—73.
- [4] Kindig M, Cardwell M, Lee T. Delayed postpartum uterine dehiscence. J Reprod Med 1998, 43: 591-2.
- [5] Fatfouta I, Villeroy de Galhau S, Dietsch J, Eicher E, Perrin D. Rupture spontanée sur uterus sain pendant le travail : à propos d'un cas et revue de la littérature. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2008;37: 200-3.
- [6] Bretones S, Cousin C, Gualandi M, Mellier G. Rupture utérine. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1997; 26:324-7.
- [7] 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: 425—9.
- [8] Lankoandé J, Ouédraogo CMR, Touré B, Ouédraogo A, Akotiongna 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.
- [9] 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.
- [10] P. Hagneréa I. Denouala, A. Souissi b, S. Deswarte. Rupture utérine spontanée après myomectomie à propos d'un cas et revue de la littérature
Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction (2011) 40, 162-165
- [11] Mellier G, Forest AM, Kacem R, Mermet J. L'utérus cicatriciel : conduite à tenir. Rev fr Gynecol Obstet 1986;81: 223—8.
- [12] Herlicoviez M, Von-Theobald P, Barjot P, Marie G, Uzan M, Muller G, et al. Conduite à tenir devant un utérus cicatriciel. Rev fr Gynecol Obstet 1992;87:209—18.
- [13] Perrotin F, Marret H, Fignon A, Body G, Lansac J. Utérus cicatriciel: la révision systématique de la cicatrice de césarienne.

après accouchement par voie vaginale est-elle toujours utile ?

J Gynecol Obstet Biol Reprod 1999;28:253-62.

[14] Venditelli F. L'exploration systématique par révision utérine de la cicatrice d'une césarienne segmentaire antérieure lors de la réussite d'une épreuve utérine est-elle justifiée ? J Gynecol Obstet Biol Reprod 1994; 23: 836.

[15] Silberstein T, Wiznitzer A, Katz M, Friger M, Mazor M. Routine revision of uterine scar after cesarean section: has it ever been necessary? Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1998; 78: 29-32.

[16] F. Leung *, L. Courtois, Z. Aouar, A. Bourtembourg, A. Eckman, J.J. Terzibachian, R.Maillet, D. Riethmuller
Rupture spontanée de l'utérus non cicatriciel pendant le travail. À propos d'un cas et revue de la littérature. Gynécologie Obstétrique & Fertilité 37 (2009) 342–345

[17]: Camara D1, Kone J2, Sidibe A1, Bocoum A3, Sissoko H1, Traore SO1, Albachar H1, Tall S1, Traore OM1, Coulibaly Y2, Traore Y3, Teguede I3, Traore M1.

Hystérectomie d'hémostase à Bamako: Aspects épidémioclinique et pronostic maternel. Health Science Diseases: Vol 19 (3) July 2018, available at www.hsd-fmsb.org.