



Journal Homepage: - [www.journalijar.com](http://www.journalijar.com)

## INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI: 10.21474/IJAR01/14462

DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/14462>



### RESEARCH ARTICLE

#### UTERINE RUPTURE IN HEALTHY UTERUS: ABOUT 2 CASES AT THE SOUISSI MATERNITY HOSPITAL IN RABAT RUPTURE UTERINE SUR UTERUS SAIN : A PROPOS DE 2 CAS A LA MATERNITE SOUISSI DE RABAT

Dr. Benaouicha Nisrine, Dr. Louzali F.Z, Dr. Badsy S., Pr. Lakhdar, Pr. Baydada and Pr. Kharbach Aicha  
Service De Gynécologie Obstétrique Et D'endocrinologie / CHU Rabat.

#### Manuscript Info

##### Manuscript History

Received: 25 January 2022

Final Accepted: 28 February 2022

Published: March 2022

#### Abstract

Uterine rupture is a rare complication of labor that presents a vital risk for the mother and the fetus as well as the obstetrical outcome of the woman. It is more frequent in case of scarred uterus and very rare in case of healthy uterus. We report in our work 2 cases of uterine rupture on healthy uterus. We discuss through these 2 cases and the review of the literature, the alarming clinical signs, the risk factors, the diagnostic methodology and the therapeutic management of this rare but potentially serious entity.

Copy Right, IJAR, 2022.. All rights reserved.

#### Introduction:-

La rupture utérine est une complication rare du travail qui met en jeu le pronostic vital de la mère et celui du fœtus ainsi que le devenir obstétrical de la femme. Elle est plus fréquente en cas d'utérus cicatriciel très rare en cas d'utérus sain.

La rupture utérine (RU), est définie comme une solution de continuité de la paroi utérine survenant pendant la grossesse ou lors du travail (75% des RU surviennent lors de l'accouchement) (1). Il est classiquement distingué d'une part la RU dite complète, qui se caractérise par une rupture totale de la paroi utérine sur toute sa hauteur (endomètre, myomètre et séreuse) entraînant de ce fait une communication entre la cavité utérine et le péritoine et d'autre part, la RU partielle dite incomplète qui se caractérise par une déhiscence de l'endomètre et du myomètre sans atteinte du péritoine viscéral (séreuse utérine) (1-2). La survenue d'une rupture utérine dans ce contexte non cicatriciel est un événement beaucoup moins fréquent. Sa fréquence est estimée entre 1/17000 et 20000 accouchements (3, 4).

#### Observation:-

Il s'agit d'une patiente de 39ans, 3<sup>ème</sup> geste, 3<sup>ème</sup> pare, ayant comme antécédents 2 accouchements par voie basse de grossesses menées à terme, 2 enfants de sexe masculin de bon développement psychomoteur ; G3 : grossesse actuelle estimée à 39 SA selon la date des dernières règles, la patiente a été référée à notre CHU d'une maison d'accouchement pour défaut d'engagement à dilatation complète avec un saignement rougeâtre actif après un travail dirigé de 12 heures. Plusieurs tentatives d'accouchement par voie basse avec des expressions ont été réalisées.

L'examen clinique a trouvé une patiente obnubilée pâle avec des conjonctives décolorées un pouls à 150 battements par min, pression artérielle à 80/40 mmHg, extrémités froides oligurique.

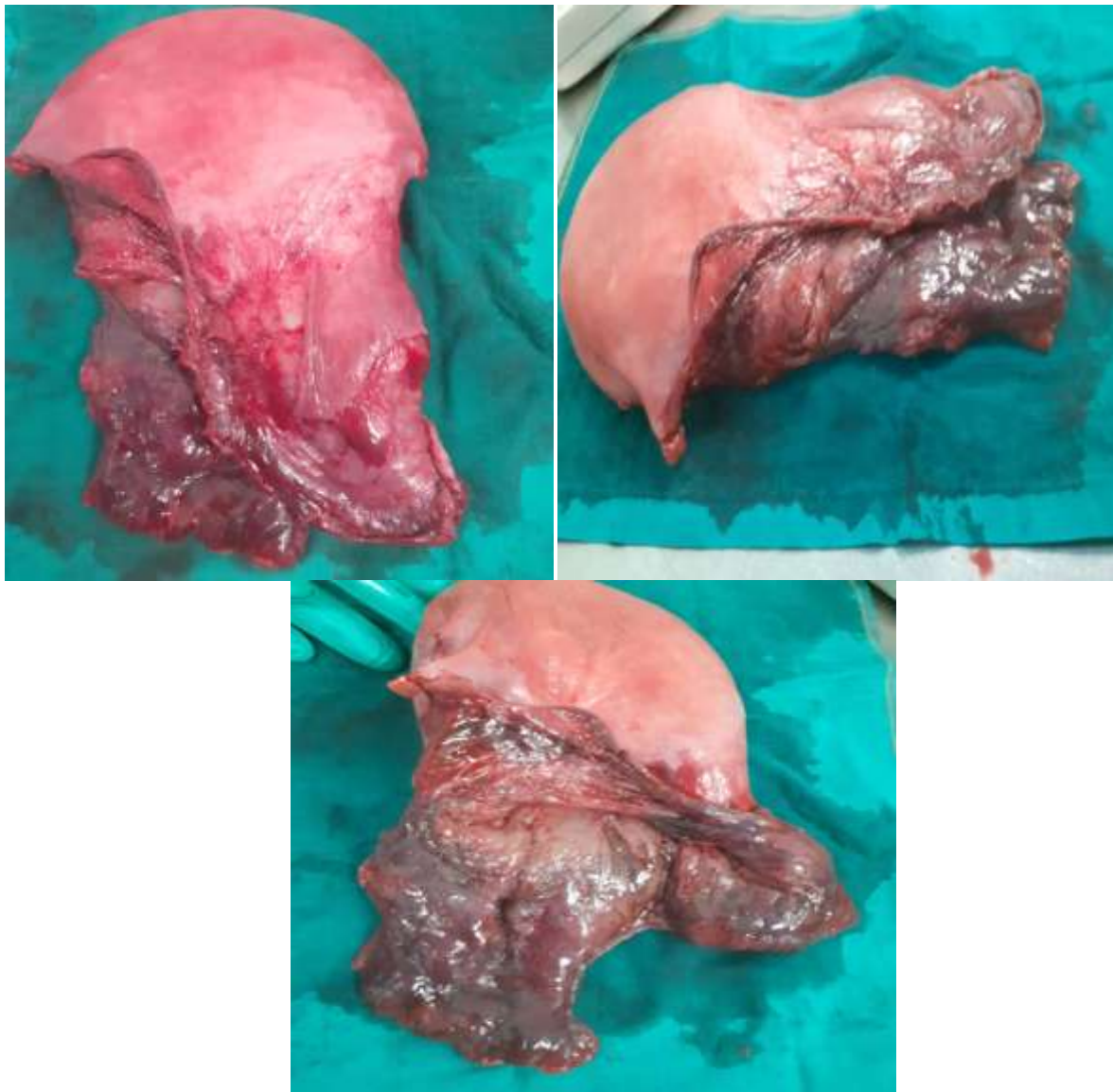
**Corresponding Author:- Dr. Benaouicha Nisrine**

Address:- Service De Gynécologie Obstétrique Et D'endocrinologie / CHU Rabat.

L'examen obstétrical a montré un abdomen distendu avec palpation du fœtus sous la peau, bruits du cœur non perçus, dilatation cervicale complète avec une présentation céphalique haute et un saignement rougeâtre minime. L'échographie obstétricale faite rapidement après mise en condition de la patiente a révélé une grossesse monofoetale non évolutive et un épanchement intra péritonéal de grande abondance. Une laparotomie exploratrice a été indiquée en urgence pour suspicion de rupture utérine en état de choc.

A l'exploration, on avait objectivé la présence d'un hémopéritoine de grande abondance, un bébé sous la peau pesant 3500 g de sexe féminin avec son placenta extériorisé ; après aspiration d'hémopéritoine et extraction du bébé on a objectivé une rupture utérine latérale complète droite allant du ligament utéro-ovarien jusqu'au col (Fig 1) très hémorragique.

Nous avons réalisé une hystérectomie d'hémostase suivie d'une toilette de la cavité abdominale avec 2 litres de sérum physiologique tiède et la pose d'un drain dans le cul-de-sac de Douglas, la patiente a été transfusée de 8 Culots globulaires+6PFC ; elle a été transférée en réanimation pour une surveillance et une stabilisation supplémentaires, les suites opératoires étaient sans particularités et la patiente est sortie à J6 du post op.



**Fig 1:-** Rupture utérine complète latérale.

**Observation 2**

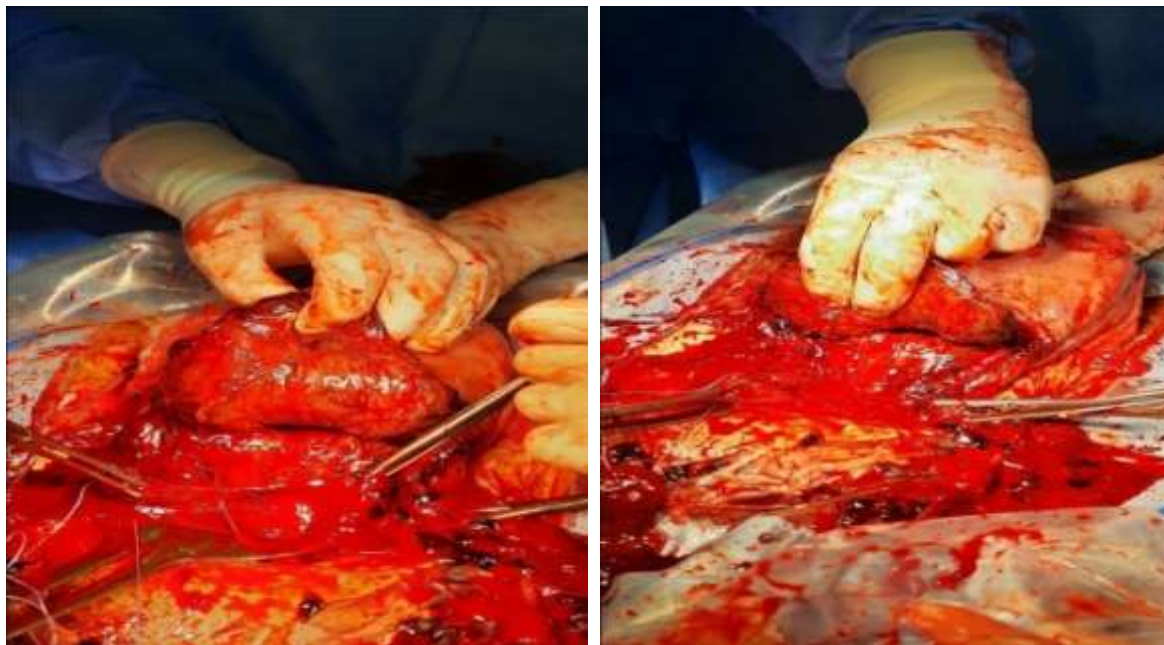
Patiente de 41 ans, 4<sup>ème</sup> geste 4<sup>ème</sup> pare ayant comme antécédents 3 accouchements par voie basse, G4 : grossesse actuelle estimée à 40SA+5 jrs selon DDR suivie pour un diabète gestationnel mal équilibré. La patiente a été référée par une sage femme du centre hospitalier régional à dilatation complète pour échec de ventouse après un travail de 8 heures. L'examen à l'admission trouve une patiente consciente stable sur le plan hémodynamique calme, l'examen obstétrical trouve une hauteur utérine excessive à 36 cm, des BCF non perçus, absence des contractions utérines, une dilatation complète avec une excavation pelvienne vide au toucher vaginal et un saignement minime rougeâtre d'origine endo-utérine.

Une échographie obstétricale a objectivé une grossesse monofoetale non évolutive, une estimation à 4800 g avec un aspect de fœtus sous la peau.

Une césarienne fut indiquée pour une macrosomie avec suspicion de rupture utérine.

A l'ouverture de la cavité abdominale on a objectivé un bébé sous la peau avec son placenta associé à un épanchement de moyenne abondance, poids de naissance de 4900g ; après l'extraction on a objectivé une rupture utérine segmentaire organisée de 9 cm hémorragique. (Fig2)

Un traitement conservateur a été réalisé en pratiquant une hystérorraphie par des points simples suivis d'une ligature section tubaire, une toilette péritonéale avec 1 litre de sérum physiologique et la pose d'un redon dans le cul de sac de douglas. Les pertes sanguines ont été estimées à environ 1500 ml et la patiente a été transfusée en per opératoire par 3 CG + 2PFC et transférée en suite en réanimation. Les suites opératoires étaient sans particularités et la patiente est sortie à J5.



**Fig 2:-** Rupture utérine segmentaire de 9 cm.

**Discussion:-**

La rupture utérine sur utérus non cicatriciel est une complication très rare dans les pays développés mais relativement plus fréquente dans les pays en voie de développement. Cette disparité est le reflet de la différence des conditions socio-économiques, de la grande précarité et des niveaux de moindre surveillance médicale. Sur un utérus non cicatriciel, la fréquence de RU est estimée entre 1/17.000 et 1/20.000 accouchements (5) ; on distingue deux types de rupture utérine : traumatique et spontanée, les facteurs de risque de rupture utérine sur utérus sain gravide sont multiples, dont les plus importants sont l'utérus malformé, la multiparité, les manœuvres obstétricales, la disproportion foeto-pelvienne, les extractions instrumentales, les expressions, le déclenchement du travail par le

misoprostol, les dystocies mécaniques, les anomalies de placentation, les antécédents de curetage utérin, et l'utilisation d'ocytociques ;(6)

Pour notre 1<sup>er</sup> cas les facteurs de risque retrouvés sont la multiparité, l'utilisation d'ocytociques, les expressions utérines et le travail long.

Pour notre 2<sup>em</sup> patiente les facteurs de risques étaient : la multiparité, la macrosomie et l'extraction instrumentale.

La rupture utérine sur utérus sain a un tableau clinique franc et assez évocateur, évoluant en deux phases : la pré rupture qui est caractérisée par une stagnation de la dilatation, un col oedématié, des contractions utérines violentes et rapprochées, avec une hypertonie entre les contractions devenant subintrantes et la rupture qui est caractérisée par une sédation brusque des douleurs et des contractures utérines, donnant une fausse impression de soulagement, une hémorragie vaginale peu abondante, une présentation ascensionnée et un fœtus palpé sous la peau confirmant son expulsion en intra abdominal comme c'est le cas pour nos 2 patientes.

La prise en charge thérapeutique des RU demeure une urgence médicochirurgicale et comprend une réanimation médicale qui sera suivie d'une laparotomie en urgence. Le traitement chirurgical de la rupture utérine sur utérus sain doit être idéalement conservateur chez la femme jeune désireuse de grossesse, et consiste en une simple suture de la rupture. Dans le cas où le traitement conservateur paraît impossible à cause de l'étendue des lésions ou l'état hémodynamique de la patiente comme c'est le cas pour notre 1<sup>ere</sup> patiente une hystérectomie s'impose (7,8).

En cas de nouvelle grossesse après un traitement conservateur le risque d'une nouvelle rupture utérine varie de 4 à 19 % selon les séries (9). Pour la plupart des auteurs, ce risque est plus élevé en cas de cicatrice corporeale qu'en cas de cicatrice segmentaire (10). Il faudra dans ce cas assurer un suivi rapproché et prévoir un accouchement programmé par césarienne prophylactique à 38SA (8).

### **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 de mortalité materno-fœtale élevé. L'amélioration des conditions socio-économiques 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.

### **Références:-**

1. G. Justus Hofmeyr, Lale Say, A. MetinGülmezoglu. SYSTEMATIC REVIEW:WHO systematic review of maternal mortality and morbidity: the prevalence of uterinerupture - Justus Hofmeyr - 2005 - BJOG: An International Journal of Obstetrics &Gynaecology - Wiley Online Library [Internet]. 2005 [consulté 16 avril 2017].
2. - Sentilhes L, Vayssière C, Beucher G, Deneux-Tharoux C, Deruelle P, Diemunsch P, et al. Delivery for women with a previous cesarean: guidelines for clinical practice from the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF). Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. sept 2013;170(1):25-32
3. Miller DA, Goodwin TM, Gherman RB, Paul RH. Intrapartum rupture of the unscarred uterus. Obstet Gynecol.1997;89(5 Pt 1):671-3Gibbins 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. sept 2015;213(3):382.e1-382.e6.
4. 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.
5. Wang YL, Su TH. Obstetric uterine rupture of the unscarred uterus: a twenty-year clinical analysis. Gynecol Obstet Invest. 2006; 62(3):131-5
6. Fatfouta I, Villeroy de Galhau S, Dietsch J, Eicher E, Perrin D. Spontaneous uterine rupture of an unscarred uterus during labor: case report and review of the literature. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2008;37(2):200-3
7. Leung F, Courtois L, Aouar Z. Rupture spontanée de l'utérus non cicatriciel pendant le travail: à propos d'un cas et revue de la littérature. Gynecol Obstet Fertil. 2009;37(4): 342-5

8. 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(3): 324.
9. Le Maire WJ, Louisy C, Dalessaudri K, Muschenheim F. Placenta percreta with spontaneous rupture of an unscarred uterus in the second trimester. *Obstet Gynecol.* 2001 Nov; 98(5 Pt 2): 9279.