

Rupture utérine

Introduction / Rappel

- Les ruptures utérines se définissent comme étant des solutions de continuité non-chirurgicales de la paroi de l'utérus gravide, dues à un facteur de fragilisation et/ou à une tension excessive sur la paroi utérine. Fréquence : 3-4/1000
- **Segment inférieur** : entité anatomique qui se forme dans les derniers mois de grossesse, il se situe entre le col et le corps utérin. Sa structure est faite d'une musculature mince, soumise au maximum de force de traction, ce qui explique qu'il soit une zone de prédilection des ruptures utérines

Lésions anatomiques

- **Siège** : 80% au niveau du segment inférieur (surtout sa face antérieure), 3-10% au niveau segmento-corporéal, rarement au niveau corporéal exclusivement
- **Classification** : classiquement, il y'a les ruptures utérines complètes et incomplètes selon que la cavité utérine communique directement avec la grande cavité péritonéale ou qu'elle en est séparée par le péritoine utérin
 - **Rupture utérine incomplète** :
 - **Sur utérus sain** : myomètre déchiré, péritoine intact avec formation d'un hématome sous-péritonéal
 - **De la cicatrice utérine** (ou déhiscence) : les berges scléreuses se séparent mais ne saignent pas, la séreuse péritonéale est intacte, de même que les membranes amniotiques, le fœtus est le plus souvent vivant
 - **Rupture utérine complète** :
 - **Sur utérus sain** : la lésion est hémorragique, extensive, à bords anfractueux et atteint souvent le corps utérin, le trait de déchirure est variable (T inversé, L inversé, en étoile...)
 - **De la cicatrice utérine** : les deux berges se séparent complètement, les membranes amniotiques sont rompues et le fœtus est expulsé dans la cavité abdominale

Etiologies

- **Rupture utérine au cours de la grossesse** :
 - **Spontanée** : en cas de cicatrice corporéale
 - **Provoquée** : ne se rencontre que dans les grossesses avancées où l'utérus devient offert à tous les traumatismes (arme blanche, arme à feu, corne de bovidés...)
- **Rupture utérine pendant le travail** :
 - **Spontanée** :
 - **Maternelles** : multiparité, altération de la paroi utérine (cicatrice, malformation utérine, déchirure du col, curetage...), tous les obstacles prævia
 - **Fœtales** : disproportion fœto-pelviennne, présentation dystocique
 - **Provoquée** : manœuvres obstétricales, forceps, abus d'ocytociques

Etude clinique

- **Forme typique** : sur utérus sain
 - **Syndrome de pré-rupture** :
 - Après l'hypercinésie et le mauvais relâchement utérin, succède une hypertonie utérine avec rétraction du corps utérin

- Déformation en sablier de l'utérus par constitution d'un anneau de Bandel-Frommel séparant le segment inférieur aminci et étiré du corps utérin rétracté
- Tension douloureuse des ligaments ronds, perçus à la palpation comme des cordes tendues des orifices inguinaux au fond utérin
- Cette situation conduit, rapidement, à la mort fœtale
- **Rupture utérine proprement dite** : douleur soudaine en coups de poignard avec sensation d'eau chaude s'écoulant dans le ventre, parfois la douleur cesse rapidement laissant place à une fausse sensation de bien-être qui précède l'état de choc avec hypotension, tachycardie, sudation. L'examen clinique retrouve :
 - Absence de bruits cardiaques fœtaux (mort fœtale)
 - **Palpation** : mobilité fœtale extrême (le fœtus est perçu sous la peau) avec, à côté de lui, une masse ferme et douloureuse correspondant à l'utérus rétracté
 - **Toucher vaginal** : absence de présentation, avec saignement
- **Autres formes cliniques** :
 - **Rupture utérine insidieuse** : le fœtus reste *in utero*, la rupture peut être découverte lors d'une césarienne itérative ou lors de la révision utérine
 - **Rupture utérine suraigüe** : mort subite obstétricale, diagnostic à l'autopsie
 - **Rupture utérine retardée** : se révélant sous forme d'état de choc progressif et non-expliqué dans les suites de couches (hématome expansif)
 - **Rupture utérine pendant la grossesse** : donnant des douleurs et des saignements, diagnostic à évoquer surtout devant une cicatrice corporeale (mini-césarienne faite dans les avortements tardifs)

Diagnostic différentiel

Grossesse extra-utérine (en cas de rupture utérine précoce au 1^{er} trimestre), hématome rétro-placentaire, placenta prævia, états de choc

Pronostic

- **Maternel** : dans les pays en voie de développement et en particulier ceux d'Afrique sub-saharienne, le pronostic reste préoccupant avec une mortalité de 2-20%. Une morbidité importante : hémorragie, infections, accidents thromboemboliques et transfusionnels, fistules vésico-vaginales
- **Fœtal** : mortalité de 45-90%

Traitement

- **Curatif** : toute rupture doit être traitée chirurgicalement, immédiatement après réanimation : suture utérine, hystérectomie (dans les lésions sévères)
- **Préventif** :
 - **Prévention de la rupture de la cicatrice utérine** : césarienne prophylactique devant : césarienne corporeale, césarienne segmento-corporeale, cicatrice de rupture utérine, cicatrices urérines multiples, suites de césarienne compliquées d'infection (endométrite), césarienne sans information, bassin rétréci, présentation autre que le sommet, surdistensions utérines (hydramnios, grossesse gémellaire, macrosomie)
 - **Prévention de rupture sur utérus sain** : dépistage de toutes les causes de dystocie (disproportion, présentation anormale, obstacle prævia), usage contrôlé des ocytociques, abandon des manœuvres obstétricales dangereuses au profit de la césarienne

Conclusion

- En occident, le progrès de l'obstétrique a radicalement changé le profil des ruptures utérine, en en faisant un accident rare et peu grave
- Ce n'est pas le cas pour les pays en voie de développement où le pronostic demeure sombre du fait de la faiblesse de la prise en charge diagnostique, thérapeutique et surtout préventive