

Rupture utérine

I-INTRODUCTION:

Les ruptures utérines (RU) sont toutes les solutions de continuité non chirurgicales de l'utérus grévide.

Ceci exclut les perforations au cours du curetage, déchirures cervicales.

-elles sont devenues plus rares : régression des dystocies osseuses , diminution des recours à des manœuvres dangereuses

- elles sont devenues moins graves : prévention obstétricale, surveillance de la grossesse et de l'accouchement

- elles ont changé d'aspect : RU sur utérus intact au passé est remplacée par la RU sur utérus cicatriciel.

- les RU sont polymorphes sur 4 points : étiologique (spontanée, provoquée), chronologique (grossesse, travail), clinique (lésions variables) , thérapeutique (trt conservateur, trt radical)

II-ETIOLOGIE :

1-RU spontanée : *un utérus qui SE ROMPT*

-utérus fragile (multipare) ou fragilisé (cicatriciel)

-utérus qui lutte contre un obstacle (osseux, fœtal, prævia)

2-RU provoquée : *un utérus QU'ON ROMPT*

-traumatisme : accident de la circulation, accident de la voie publique, blessure par arme blanche..

-main : version par manœuvre interne ou externe.

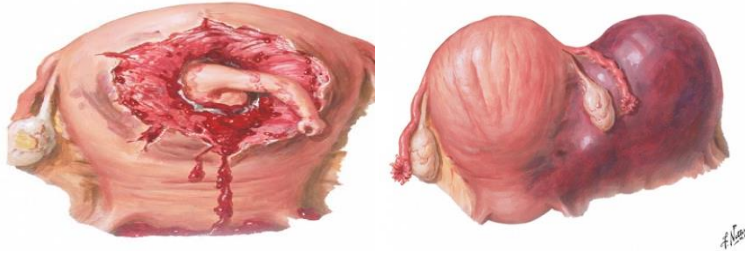
-fer : forceps, embryotome, ventouses.

-médicament : traitements utérotoniques.

III-ANAPATH :

-RU est segmentaire (segment inférieur) plus rarement coporéal (corps utérin)

- elle peut être : **complète** intéressant les 3 tuniques de l'utérus avec accouchement du fœtus dans la cavité péritonéale, **ou sous séreuse** avec hématome sous péritonéal



- elle est le plus souvent **linéaire**, ou plus rarement **oblique, en L, en T**, voire même en **étoile**

Elle peut s'étendre vers le col, vers le corps, toucher les pédicules, les uretères, la vessie, ou le dôme vaginal.

IV-TABLEAU CLINIQUE :

1-RU sur utérus intact : RU qui survient après un syndrome de lutte contre un obstacle caractérisé par un travail hypercinétique aboutissant après la rupture de la poche des eaux à la rétraction utérine et au syndrome de prérupture, elle évolue en 4 phases :

***1ère phase :**

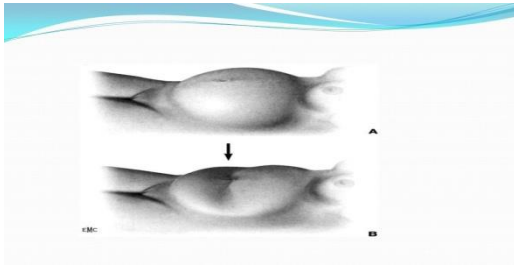
- contractions utérines longues et rapprochées
- bruits du cœur foetal normaux ou déjà altérés
- PDE sous tension ou déjà rompue
- présentation souvent haute

Non traitée, elle évolue vers la tétanisation utérine : contractions utérines de plus en plus longues, de plus en plus douloureuses, de plus en plus rapprochées, de moins en moins efficaces, la poche des eaux se rompt, l'utérus se rétracte en se moulant sur le fœtus

Non traitée, l'évolution se fait vers le syndrome de pré rupture

2nde phase : *tétrade de BANDL -FROMMEL

- hypertonie et hypercinésie réalisant un état de contracture
- tension douloureuse du ligament rond : décubitus latéral sous forme de corde de violon sensible.
- Déformation de l'utérus en sablier, en brioche, par la constitution d'un anneau de rétraction séparant le segment inférieur étiré aminci du corps utérin rétracté (anneau de BANDL)
- ascension de cet anneau traduisant la distension progressive du segment inférieur.



***3^{ème} phase : rupture utérine proprement dite :**

-la femme va présenter une douleur violente en coup de poignard accompagné d'une métrorragie de petite abondance (sang noir, visqueux, en jus de réglisse).

-immédiatement le travail s'arrête, change d'allure, la femme soulagé, mais cette sensation de bien-être ne dure que quelque instants.

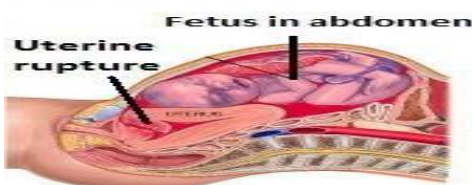


***4^{ème} phase : RU confirmé :**

-un état de choc s'installe rapidement .

-palpation : perception de 2 masses : l'une vidé de son contenu, l'autre fœtus sous la peau .

En absence de traitement, l'évolution se fait vers le décès de la mère.



2-RU sur utérus cicatriciel :

-le tableau peut être identique au premier, mais cela est plus rare

- le plus souvent, il se produit sur une déhiscence progressive de la cicatrice aboutissant à l'accouchement du fœtus à travers la brèche mais au début petite métrorragie du sang rouge (utérus n'est pas rétracté, oxygène, douleur peut manquer de même l'état de choc)

-le diagnostic peut être tardif :

*petite métrorragie à la vulve .

*altération de l'état hémodynamique

*à la perception de 2 masses

*à la disparition inexplicée des bruits du cœur fœtal

*constatation de signes de souffrance fœtale inexplicée

*après la naissance d'un enfant vivant, la constatation d'une déchissance utérine à la révision utérine

D'où 2 conditions d'accouchement d'un utérus cicatriciel :

*dépistage de la déchissance devant la triade de CHASTRUSS : hypertonie essentielle, petite métrorragie au niveau de la vulve, et existence d'une douleur au niveau de la cicatrice en dehors de contractions utérines

*pratique systématique d'une révision utérine après accouchement d'un utérus cicatriciel.

3-formes cliniques :

*forme insidieuse : métrorragies , fœtus vivant, état général moins altéré

*forme dévoilée par arrêt secondaire du travail :

*RU de la grossesse, presque toujours à terme, presque toujours sur utérus cicatriciel.

V-DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL : c'est les autres causes de métrorragies de troisième trimestre

1-placenta prævia : métrorragies abondante, absence de douleur, utérus souple, bruit du cœur fœtal audibles, l'échographie +++.

2- choc obstétrical : ne doit être retenu qu'après avoir éliminé la RU

3-hématome rétroplacentaire : contracture +++, notion d'HTA.

VI- LE TRAITEMENT : à double visée :

1-curatif : réanimation médicale et traitement chirurgical conservateur (hystérorrhaphie) ou radical (hystérectomie).

2-prophylactique : 3 volets

*dépistage des dystocies

*évaluation d'une ancienne cicatrice utérine

*double surveillance clinique et paraclinique (ERCF) au cours de l'accouchement

VII-CONCLUSION :

La RU est grave, doit être prévue et prévenue