

## **LA RUPTURE UTERINE**

### **Plan :**

I-INTRODUCTION

II-ANATOMO-PATHOLOGIE

III-ETIOLOGIES

IV-CLINIQUE

A- la forme classique "rupture sur utérus sain"

B- La rupture sur utérus cicatriciel

V- DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

1- Devant des métrorragies du troisième trimestre

2- Devant un état de choc

VI- LE PRONOSTIC

VII- LA PRISE EN CHARGE

1-Le traitement prophylactique

2-le traitement curatif

A-Réanimation

B-chirurgical

B-1- conservateur

B-2-abstention thérapeutique

B-3-radical

VIII-CONCLUSION

IX- BIBLIOGRAPHIE

## I. INTRODUCTION :

### 1- Définition :

C'est la solution de continuité non chirurgicale de l'utérus.

Elle touche le corps utérin et souvent le segment inférieur.

On exclut de cette définition : les déchirures cervicales ; les plaies pénétrantes de l'abdomen ; les perforations.

Elle peut être spontanée ou provoquée ; sur utérus sain ou souvent sur utérus cicatriciel.

Elle survient pendant la grossesse ou souvent pendant le travail.

La rupture sur utérus sain est grave avec une symptomatologie bruyante ; elle est moins fréquente et souvent provoquée.

La rupture sur utérus cicatriciel s'appelle la déhiscence ou désunion de cicatrice ; a une symptomatologie discrète ; elle est la plus fréquente.

### 2- Intérêts :

Une urgence obstétricale

Complication du troisième trimestre et de l'accouchement

Le pronostic materno- foetal est mauvais en absence de prise en charge.

La PEC associe un traitement chirurgical aux mesures de réanimation.

Le TRT est essentiellement préventif.

## II. ANATOMO-PTHOLOGIE :

### 1- La rupture sur utérus intact : la plus grave

☒ Complète :

☒ Incomplète :

### 2- La rupture sur utérus cicatriciel :

La déhiscence ou désunion de la cicatrice ; la plus fréquente elle saigne peu.

### 3- Le siège :

60 à 80% des RU siègent sur le segment inférieur.

### 4- Complications :

La propagation de la rupture :

Vers le bas : déchirure cervicales et vaginale.

Vers l'avant : rupture de la paroi postérieure de vessie.

Latéralement : vers les pédicules vasculaires .

## III. ETIOLOGIES :

### 1- Les cicatrices utérines :

☒ Gynécologiques :

Les plus solides.

Cicatrice de myomectomie hystéroscopie pour cure de synéchie, hystéroplastie

☒ Obstétricales :

Les cicatrices de césarienne sont les plus fréquentes.

C'est l'apanage des cicatrices segmentaires de mauvaise qualité .

Les cicatrices corporeales sont moins fréquentes mais le risque est élevé de RU car elles sont fragiles.

Les cicatrices de rupture utérine sont fragiles.

2- La fragilité utérine :

-La grande multiparité

-Adénomyose

-Placenta accreta

-Malformation utérine

-Niveau socio-économique bas : carence nutritionnelle

3- disproportion foeto-pelvienne

-excès du volume foetal

-rétrécissement du bassin

4- présentation dystocique

Front, épaule négligée

5- dystocie négligée ou méconnue

6-utilisation intempestive des utéro-toniques

7-manoevres d'extraction foetale non maîtrisées : VME, VMI, grande extraction du siège

8-extraction instrumentale mal exécutées : forceps, ventouse

9-expressions utérines

#### **iv. Clinique :**

A- Forme clinique : rupture sur utérus sain au cours du travail

- Devenue rare
- La plus grave
- le pronostic foetal et maternel est sombre

-elle passe par deux phases :

a-syndrome de pré-rupture ou de lutte :

- contractions utérines rapprochées
- mauvaise relâchement intercalaire
- stagnation de la dilatation du col
- Déformation de l'utérus en sablier :
  - Corps utérin rétracté
  - Segment inférieur étiré aminci
  - Le corps et le segment sont séparés par un anneau de rétraction (c'est l'anneau de bandel frommel)
  - Tension douloureuse des ligaments ronds, ils sont perçus comme deux cordes tendues des orifices inguinaux jusqu'au fond utérin (les cordes du violon)

b- la phase de rupture :

- douleur abdominale en coup de poignard, intense suivie d'une période d'accalmie
  - collapsus du à l'hémorragie suivi par un état de choc
  - a la palpation : deux masses l'une correspond à l'utérus et l'autre au fœtus directement sous la peau
  - a l'auscultation : BCF souvent absents
  - TV : on ne retrouve plus de présentation
- La présence de métrorragies  
Brèche segmentaire qui confirme le diagnostic

B- Rupture sur utérus cicatriciel au cours du travail « déhiscence »:

- La plus fréquente
- Pronostic fœtal est moins sombre car souvent il y'a pas d'expulsion fœtale dans l'abdomen et pas de décollement placentaire
- La mortalité maternelle est presque nulle
- tableau clinique est souvent insidieux

a- le syndrome de pré-rupture : triade de chasstrusse associe :

- Douleur permanente au niveau de la cicatrice ou segmentaire
- Ralentissement de la dilatation ou hypertonie utérine
- Métrorragie minimales

b- rupture :

- Altération de l'état générale est souvent absente
- La douleur et les métrorragies peuvent être marquées mais elles sont souvent discrètes
- Les BCF sont souvent présents
- Le diagnostic est souvent tardif, établi lors d'une révision utérine ou lors d'une césarienne

**V- DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :**

- devant des hémorragies du 3eme trimestre, pendant l'accouchement et le post partum : placenta prævia, HRP , hémorragie de la délivrance , déchirure cervicale
- devant l'état de choc : hémorragie de la délivrance, choc cardiogénique, embolie amniotique

**VI- PRONOSTIC :**

- dépend de la rapidité du diagnostic et de la prise en charge
- ✓ Pronostic foetal : mauvais, mortalité plus de 50 -70% en cas de rupture sur utérus sain, 29% en cas de rupture en cas de déhiscence utérine
- ✓ Pronostic maternel :
- Mortalité : exceptionnelle, surtout en cas d'utérus sain
- Morbidité : en rapport avec les lésions associées, risque transfusionnel, l'infection post opératoire, risque thromboembolique
- En cas d'hystérectomie, l'avenir obstétrical sera sacrifié.

**VII- PRISE EN CHARGE :**

1- Traitement prophylactique :

Le traitement de la RU est essentiellement prophylactique ; basé sur :  
L'interrogatoire minutieux.

L'examen obstétrical soigneux : examen systématique du bassin, pelvimétrie.

Dépistage de disproportion foeto- pelvienne.

Une surveillance particulière durant le travail ; partogramme

- dépistage de présentations dystociques.
- diagnostic des anomalies de dilatation.
- exécution correcte des manoeuvres.
- respect des contre-indications de l'ocytocine et les prostaglandines.

Eviction :

- manoeuvres d'extraction dangereuse.

- Forceps à la partie haute du bassin.
- expression utérine.

Respect de l'espace intergénésiq (minimum six mois).

Evaluation de la qualité de la cicatrice.

Césarienne prophylactique programmée si :

- cicatrice de mauvaise qualité.
- utérus multicatriciel ; plus de deux cicatrices.
- antécédents de césarienne corporéale.
- antécédents de rupture utérine.
- antécédent de propagation.
- espace intergénésiq non respecté.
- surdistention utérine : macrosomie ; hydramnios.
- présentations dystociques.
- bassin rétréci.
- obstacle prævia.

2-traitement curatif :

A- Réanimation :

Pose de deux voies périphériques.

Une voie centrale si possible pour mesure de la PVC.

Monitorage.

Mise en condition : sonde vésicale...

Oxygénothérapie.

Bilan d'hémostase : NFS, TP; Fibrinogène, TCK...

Remplissage vasculaire : transfusion sanguine, perfusion de macromolécules.

B-chirurgical :

1-conservateur : réparation ; suture utérine

Indications :

Age jeune

Pariété : nullipare ; paucipare.

Femme désireuse de grossesse.

Lésions minimales peu étendues ; récentes.

Le traitement des lésions associées :

Lésion vésicale

Les déchirures cervicales et vaginales

Les lésions du ligament large

La stérilisation tubaire :

Une femme ne désire plus de grossesse, une multipare.

Le compte rendu opératoire :

Il doit comporter tous les détails concernant la suture, les gestes réalisés

On doit mentionner l'intérêt de césarienne systématique ; de respecter l'espace intergénéral.

2- Abstention thérapeutique :

En cas de déhiscence utérine découverte lors d'une révision utérine sans signes de retentissement sur l'état général et l'absence d'hémopéritoine.

3-traitement radical :

Une hystérectomie avec conservation des annexes.

Indications :

Lésions étendues septiques.

Lésions associées souvent vasculaires.

Multipare âgée.

### **VIII-CONCLUSION :**

La rupture utérine est une complication dangereuse.

Elle survient le plus souvent sur utérus cicatriciel.

Le pronostic dépend de la rapidité du diagnostic et de la PEC.

Le traitement est essentiellement prophylactique.

**BIBLIOGRAPHIE :**

EMC Obstétrique

Précis d'obstétrique par Robert Merger Jean Levy Jean Melchior

J.LANSAC /P.LECOMTE /H.MARRET obstétrique pour le praticien 2014,8ème édition,

ELSEVIERMAISON