

Rupture de l'utérus sans contractions chez une primigravide

La césarienne n'est pas la seule à endommager l'utérus

Dr méd. Gabriella Stocker

Stadtspital Zürich, Frauenklinik Triemli, Zürich

Contexte

De nos jours, la planification familiale est de plus en plus repoussée dans le temps. Par conséquent, les femmes ont plus souvent déjà subi une opération de l'utérus lors de leur première grossesse. Même si la cause principale d'une rupture utérine reste une cicatrice après une césarienne, il arrive que les femmes aient déjà des cicatrices d'une autre nature sur leur utérus au moment de leur première grossesse. Ces femmes présentant des ruptures utérines constituent donc un groupe hétérogène et leurs cas ont été peu étudiés. Il n'existe pas de lignes directrices sur la manière de surveiller ces femmes pendant la grossesse et l'accouchement.

Présentation du cas

Anamnèse

Une femme enceinte de 30 ans a été amenée en salle de réanimation par ambulance parce qu'elle souffrait de douleurs aiguës dans le bas-ventre sans contractions préalables et qu'elle avait été victime de collapsus répétitifs chez elle. Selon son partenaire, la femme se trouvait à la 37^e semaine de grossesse (SG). Dans la mesure où l'accouchement avait été planifié dans une institution extérieure, aucune information sur les traitements préalables n'était disponible au moment de l'admission.

Résultats

Lors de l'admission, la femme avait des sueurs froides et était pâle et en état de somnolence et d'agitation, avec une pression artérielle de 74/42 mm Hg et un pouls de 65/min. L'abdomen était «dur comme du bois». L'échographie a révélé la présence de liquide dans la poche de Morrison et un fœtus bradycardique avec uniquement une activité électrique du cœur sans activité de pompage.

Traitement et évolution

Une laparotomie a été pratiquée immédiatement. Environ deux litres de sang se trouvaient dans l'espace intrapéritonéal et se vidaient par jets. L'utérus semblait intact à première vue. L'enfant a été accouché par utérotomie isthmique et confié au service de néonatalogie. La recherche de la source de l'hémorragie a révélé une rupture complète dans le fond utérin (fig. 1). Les bords de la plaie ne saignaient que modérément et présentaient des dépôts de fibrine. En outre, des adhérences entre le grand épiploon et l'utérus ont été observées, de sorte qu'une opération préalable a été suspectée. Le placenta était détaché en intra-abdominal. La révision abdominale n'a pas permis d'identifier une autre cause d'hémorragie.

Le taux d'hémoglobine intra-opératoire était de 8,2 g/dl et l'hématocrite était de 25%. L'utérotomie a été fermée proprement. En outre, les bords de la plaie de la rupture dans le fond de l'utérus ont été ravivés et une reconstruction de l'utérus a été effectuée (fig. 2). Après



Gabriella Stocker

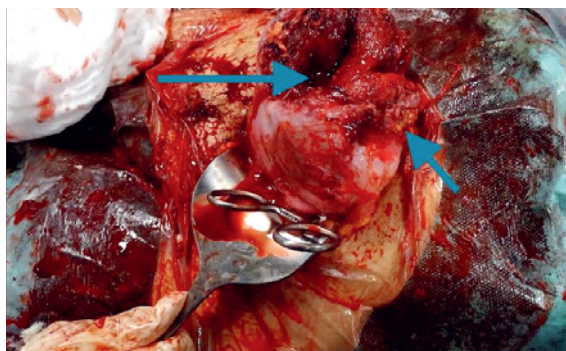


Figure 1: Vue après le détachement du placenta. Grande flèche: rupture; petite flèche: adhérences.

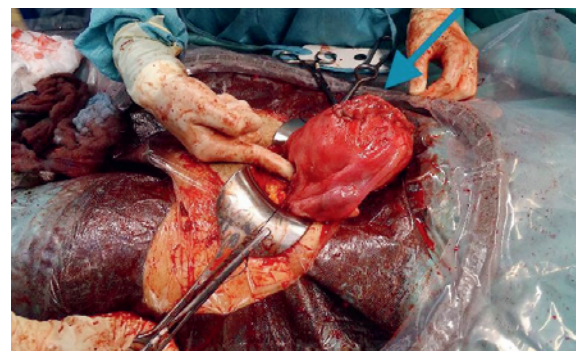


Figure 2: Vue après reconstruction de l'utérus. Flèche: suture.

stabilisation hémodynamique et correction de la coagulation, la patiente a été transférée aux soins intensifs pour surveillance. A sa demande, elle est sortie dès le premier jour postopératoire pour s'occuper de l'enfant intubé et traité pour hypothermie. Celui-ci est décédé à la maison après neuf jours.

La catamnèse a révélé qu'un an avant la grossesse, une opération avait eu lieu pour retirer un dispositif intra-utérin (DIU) de localisation intra-murale (Gynefix®). Le dispositif migrant avait été retiré de manière combinée: localisé et partiellement retiré par hystérocopie, puis complètement retiré par laparoscopie en utilisant un courant monopolaire. Les bords de la plaie avaient été coagulés pour arrêter le saignement et aucune suture n'avait été effectuée.

Diagnostic

Le présent cas décrit une primigravide primipare âgée de 30 ans, à 37+6 SG, présentant une rupture complète du fond de l'utérus sans contractions, dans la zone de la cicatrice laissée par une ablation chirurgicale d'un DIU de localisation intra-murale.

Discussion

Toute opération de l'utérus entraîne une faiblesse fonctionnelle de la paroi utérine et constitue un facteur de risque de complications pendant la grossesse et l'accouchement, notamment de rupture utérine. Même si une césarienne antérieure reste la cause la plus fréquente de cicatrice utérine, d'autres interventions utérines sont de plus en plus fréquentes et ne doivent pas être négligées.

La forme la plus connue de rupture utérine est la rupture de cicatrice de césarienne pendant l'accouchement, après le début du travail. Une rupture survenant déjà pendant la grossesse est en revanche nettement plus rare. La rupture décrite dans notre exemple de cas, survenue pendant la grossesse sur un utérus sans contractions et sans césarienne antérieure, est extrêmement rare.

Une rupture utérine peut se manifester de différentes manières. Les déchirures complètes de la paroi utérine, c'est-à-dire celles qui touchent toutes les couches de la paroi, entraînent généralement une forte dégradation de l'état de santé de la mère et de l'enfant. En particu-

lier lorsque les vaisseaux sont également lésés, la mère peut être victime d'hémorragies potentiellement fatales. L'enfant est souvent exposé à un approvisionnement dramatiquement réduit avec une possible asphyxie. En revanche, la déhiscence, également appelée rupture partielle ou silencieuse, est généralement cliniquement occulte et n'est souvent découverte fortuitement que dans le cadre d'une césarienne programmée.

Selon la littérature, l'incidence actuelle de la rupture utérine en cours de travail suite à une césarienne préalable est de 0,5–1,0%. Cette incidence vaut pour l'ouverture de l'utérus dans le segment inférieur de l'utérus, qui est actuellement courante, alors qu'elle est de 6–12% pour l'utérotonomie longitudinale «classique» pratiquée autrefois [1–4, 7]. Al-Zirqi et al. décrivent dans une étude populationnelle norvégienne une multiplication par six de l'incidence des ruptures utérines après des opérations de l'utérus (en grande partie des césariennes) en l'espace de 30 ans, pour atteindre 0,66% [5] au cours du nouveau millénaire, en raison des taux de césariennes plus élevés et de l'utilisation accrue de médicaments ocytociques.

Par contre, les données disponibles sont très vagues à propos des ruptures survenues après d'autres opérations de l'utérus. En ce qui concerne la deuxième opération la plus fréquente chez les femmes en âge de procréer, la myomectomie, les données sont malheureusement insuffisantes et contradictoires. Dans un article de revue de Gambacorti-Passerini et al. portant sur 23 études, l'incidence moyenne des ruptures après myomectomie (chirurgie ouverte ou laparoscopique) était de 0,9% [6]. Le travail de Landon et Lynch a révélé une incidence similaire, à savoir de 0,5–0,6% [7]. Les chiffres globalement faibles ne permettent malheureusement pas de trouver une corrélation avec la technique opératoire ou la taille du myome. Une rupture après myomectomie est difficile à prédire et peut survenir à tout moment. Les incidences des ruptures concernant d'autres lésions de la paroi utérine après une perforation liée à un DIU, une résectoscopie avec ou sans perforation ou une grossesse extra-utérine cornuée traitée chirurgicalement ne sont pas connues. Dans la littérature, on ne trouve que des descriptions de cas isolés.

La rupture utérine au cours de la grossesse sur un utérus sans contractions est encore beaucoup plus rare. En 2020, Al-Zirqi et Vangen ont décrit, dans une grande

Tableau 1: Incidences des ruptures utérines.

	après césarienne dans le segment inférieur de l'utérus	après césarienne avec incision longitudinale	après myomectomie laparoscopique ou ouverte
lors de l'accouchement (avec contractions)	0,5–1,0% [2, 3, 5]	6–12% [4, 7]	0,47–0,9% [6, 7]
pendant la grossesse (sans contractions)	0,01–0,02% [8]	0,02% [8]	1,5% [6]

étude populationnelle norvégienne, 67 ruptures utérines avant l'accouchement chez 121 085 femmes préalablement opérées, dont 22 étaient des ruptures complètes [8]. Cela correspond à une incidence de 0,01–0,02%. Ce chiffre est environ 25 fois inférieur à celui des ruptures utérines survenant pendant l'accouchement (tab. 1). Dans cette étude, le groupe relativement important de femmes préalablement opérées de l'utérus et présentant une rupture utérine prénatale comprend également celles chez qui l'incision a été pratiquée à distance du segment inférieur de l'utérus (17 femmes préalablement opérées de l'utérus sur 22 au total). Les opérations antérieures étaient hétérogènes: outre les utérotomies longitudinales (9 sur 17) et les myomectomies (5 sur 17), des ablations de l'endomètre, des résections septales et d'autres opérations tubo-utérines ont été documentées.

La rupture utérine lors de l'accouchement après une césarienne préalable est donc 25 fois plus fréquente que les ruptures au niveau du fond de l'utérus pendant la grossesse, comme décrit dans notre cas. Il est difficile d'obtenir des chiffres plus précis, d'une part en raison de la faible incidence et d'autre part parce qu'une césarienne primaire est généralement pratiquée à titre prophylactique après une opération avec ouverture de la paroi utérine. Il existe donc peu de lignes directrices dans la littérature sur la manière de procéder en cas d'opérations de l'utérus en vue d'une grossesse et d'un accouchement ultérieurs. L'indication d'une césarienne primaire sur un utérus sans contractions est toujours laissée à l'appréciation de la chirurgienne ou du chirurgien. Il faut savoir que les chirurgiennes et chirurgiens ont généralement tendance à sous-estimer les dommages causés à l'utérus.

Les obstétriciens et les sages-femmes sont formés pour reconnaître la rupture de l'utérus en cours de travail le jour de l'accouchement. Les symptômes sont des chan-

gements soudains du travail allant jusqu'à la disparition des contractions, des douleurs persistantes, des saignements vaginaux et/ou un cardiocogramme pathologique. En revanche, les ruptures survenant après des interventions n'intéressant pas le segment inférieur de l'utérus surviennent plus fréquemment déjà au cours du deuxième ou du troisième trimestre sur un utérus sans contractions [6, 7], et non pas seulement au moment de l'accouchement. Comme dans notre cas, elles se manifestent souvent par un abdomen aigu et une bradycardie fœtale ou une hémorragie vaginale. Les évolutions sont souvent dramatiques, avec la nécessité de nombreuses transfusions sanguines, un risque élevé d'hystérectomie et une forte probabilité de décès périnatal de l'enfant.

En règle générale, il faut donc toujours penser à la possibilité d'une rupture ou d'une déhiscence chez les femmes ayant subi une opération antérieure de l'utérus et présentant des troubles inexplicables pendant la grossesse. Le diagnostic peut être établi par échographie et, en cas de problématiques particulières, confirmé ou exclu par imagerie par résonance magnétique (IRM).

Il convient en outre de noter qu'en plus de la rupture utérine, les opérations utérines antérieures peuvent avoir d'autres répercussions défavorables sur le devenir de la mère et de l'enfant, par exemple des troubles de la placentation (placenta accreta et increta) ainsi qu'une infertilité secondaire à des lésions de l'endomètre (syndrome d'Asherman).

Le cas présent montre à quel point les opérations de l'utérus sont déterminantes pour la planification familiale ultérieure d'une femme. Les bénéfices et les risques doivent être discutés dès la phase préopératoire, notamment en ce qui concerne une éventuelle grossesse. En postopératoire, il faut si possible prendre position sur la procédure recommandée pour un éventuel accouchement futur. En outre, la femme devrait être informée des symptômes de rupture possibles pendant la grossesse. En cas d'anomalies pendant la grossesse, les professionnels de la santé suivant la femme enceinte devraient envisager une rupture utérine en cas d'opération préalable de l'utérus, quelle qu'en soit la nature, et la rechercher activement pendant la période pré- et péri-partum. La mère et l'enfant peuvent ainsi être sauvés.

Informed consent

Un consentement éclairé écrit est disponible pour la publication.

Disclosure statement

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts potentiels.

Références

La liste complète des références est disponible dans la version en ligne de l'article sur <https://doi.org/10.4414/fms.2022.08994>.

Correspondance:
Dr méd. Gabriella Stocker
Stadtpital Zürich
Frauenklinik Triemli
Gynäkologie und
Geburtshilfe
Birmensdorferstr. 497
CH-8063 Zürich
gabi.stocker[at]gmx.ch

L'essentiel pour la pratique

- Il est de plus en plus fréquent que les femmes aient subi des opérations préalables de l'utérus au moment de l'accouchement; le nombre de ruptures utérines a donc augmenté.
- Une césarienne antérieure constitue la cause la plus fréquente de rupture utérine. Celle-ci se manifeste le plus souvent pendant le travail, au moment de l'accouchement.
- En revanche, les ruptures survenant après d'autres interventions sur l'utérus sont plus fréquentes au cours du deuxième et du troisième trimestre sur un utérus sans contractions.
- Après une intervention sur l'utérus, les femmes et les professionnels qui les suivent doivent être informés, aussi bien avant qu'après l'opération, des risques potentiels pendant la grossesse et l'accouchement, et il convient de ne pas hésiter à initier des examens.