

# Rupture utérine

La rupture utérine, exceptionnelle sur utérus sain, est la complication la plus redoutée des accouchements sur utérus cicatriciel (environ 0.5% des utérus cicatriciels) car elle met en jeu, à très court terme, le pronostic vital maternel et surtout fœtal (en cas de rupture utérine, la mortalité fœtale est estimée à environ 5,5%). L'opération césarienne étant la principale pourvoyeuse de cicatrice utérine, son inflation ne peut qu'accroître la fréquence de cet accident, et ce d'autant que l'antécédent de cicatrice utérine n'est plus une indication de césarienne itérative systématique. C'est dire l'absolue nécessité de déterminer des populations à risque de rupture parmi les utérus cicatriciels et l'intérêt d'une surveillance très étroite du travail, si la voie basse est acceptée, afin de diagnostiquer tôt les premiers signes d'une éventuelle rupture utérine, souvent paucisymptomatique.

## Etiologie des ruptures utérines

**Les cicatrices obstétricales** sont les plus fréquentes.

La cicatrice segmentaire est la cicatrice obstétricale la plus solide, transversale (cas le plus fréquent) ou verticale ; elle est rarement hémorragique car siégeant sur un tissu cicatriciel et peu vascularisé.

La cicatrice corporéale est très fragile et comporte un risque majeur de rupture complète pendant le travail, voire pendant la grossesse.

Les cicatrices de ruptures antérieures doivent être considérées comme très fragiles.

Les perforations utérines, liées à des curetages pour fausses couches spontanées ou I.V.G., doivent faire considérer l'utérus comme cicatriciel.

**Les cicatrices gynécologiques** ne représentent qu'une proportion minime des utérus cicatriciels, et de plus, sont à priori solides car, d'une façon générale, la cicatrisation utérine est meilleure en dehors de la grossesse. C'est notamment le cas des cicatrices de myomectomie : bien que corporéales, elle sont de très bon pronostic, même si la myomectomie a nécessité l'ouverture de la cavité utérine.

**Les ruptures sur utérus sain sont exceptionnelles.** L'étiologie principale en est alors l'hypertonie consécutive à un excès d'ocytocine (rupture iatrogène) ou à un hématome rétroplacentaire. Ou à un utérus de lutte sur dystocie osseuse (ce qui ne doit plus se voir). Encore plus exceptionnellement, la rupture utérine peut survenir sur un utérus apparemment sain et sans cause identifiable.

### Les signes cliniques de la rupture utérine

#### *La rupture sur utérus cicatriciel:*

La symptomatologie est très souvent fruste (sauf si le placenta est inséré sur la cicatrice) et le diagnostic difficile, devant être évoqué sur des signes modestes et rarement associés:

- la douleur est très souvent minime ou absente, rarement intense, permanente, et/ou prédominant dans la région sus-pubienne pendant les contractions; de toutes façons, elle est difficile à interpréter durant le travail ; l'analgésie péridurale ne semble pas retarder le diagnostic et peut même aider à suspecter la rupture devant la survenue d'une douleur malgré l'analgésie péridurale (effet " tamis péridural " qui laisse filtrer la douleur de rupture) ;
- la panne contractile est rare ; les métrorragies et la souffrance fœtale sont également inconstantes, rarement importantes et, de signification non univoque pendant le travail ;
- la mort fœtale et le collapsus maternel sont exceptionnels.

La discrétion des signes cliniques est expliquée par la pauvreté de la vascularisation du segment inférieur et surtout de la zone cicatricielle fibreuse.

**Au total, il faut savoir évoquer le diagnostic de rupture utérine devant une dystocie dynamique** (stagnation de la dilatation, hypocinésie ou dyscinésie contractile) **et/ou une souffrance fœtale aigue brutale sans cause évidente survenant sur un utérus cicatriciel** surtout si les douleurs liées aux contractions utérines semblent devenir plus intenses ou persister en dehors d'elles et/ou si des métrorragies s'y associent.

En fait, bon nombre de ruptures utérines sont asymptomatiques et découvertes à la révision utérine systématique ou indiquée sur des signes d'appel (métrorragies en cours de travail, SFA...) après accouchement par les voies naturelles ou à la césarienne effectuée pour une autre raison que la suspicion de rupture utérine.

#### *La rupture sur utérus sain :*

Dans ce cas, au contraire, la symptomatologie clinique est le plus souvent brutale et bruyante, marquée par:

- un collapsus maternel avec ou sans hémorragie extériorisée (métrorragies plus ou moins abondantes, et éventuellement hématuries en cas de propagation vésicale de la rupture,
- des douleurs sus-pubiennes importantes persistant entre les contractions,
- une souffrance fœtale aigue, voire une mort fœtale, avec perception du fœtus sous la paroi abdominale déformée (du fait de son extrusion hors de l'utérus),
- et un effondrement de la contractilité.

En fait, ces signes sont plus ou moins constants et diversement associés mais réalisent, de toutes façons, un tableau aigu.

**La rupture est habituellement segmento-corporéale siégeant typiquement sur le bord latéral de l'utérus, et pouvant alors léser l'artère utérine.**

### Traitement

Chaque fois que possible (et surtout en cas de mort fœtale), le traitement devra être conservateur: **hystérorraphie** simple en cas de rupture sur utérus sain, **résection des berges scléreuses** suivie d'hystérorraphie en cas de rupture d'une cicatrice utérine. Ce geste pourra être complété par une ligature vasculaire (artères utérines ou hypogastriques) si l'hémostase n'est pas satisfaisante.

Si le délabrement utérin est tel qu'il ne permet pas de chirurgie réparatrice ou qu'une nouvelle grossesse menacerait le pronostic vital maternel chez une patiente ayant déjà au moins un enfant vivant, il faut réaliser une **hystérectomie subtotale interannexielle**.

Un cas particulier est représenté par la rupture asymptomatique (ni hémorragique, ni douloureuse) d'une cicatrice de césarienne segmentaire, découverte lors d'une révision utérine. L'**abstention thérapeutique** est une option possible sous couvert d'une surveillance très étroite des saignements en post-partum, la patiente devant être avertie de la nécessité d'une césarienne programmée en cas de nouvelle grossesse.