

Cas clinique

Décès maternel après rupture spontanée d'une artère utérine dans le post-partum immédiat : à propos d'un cas

Maternal death after spontaneous rupture of a uterine artery immediately following delivery: A case report

B. Chung Fat^{a,*}, J.-J. Terzibachian^b, J.-C. Lovera^b, A. Grisey^b,
F. Leung^b, D. Riethmuller^a

^a Service de gynécologie-obstétrique, CHU de Besançon, 2, place Saint-Jacques, 25030 Besançon, France

^b Service de gynécologie-obstétrique, centre hospitalier de Belfort-Montbéliard, 14, rue de Mulhouse, 90016 Belfort, France

Reçu le 5 septembre 2007 ; accepté le 2 juillet 2008

Disponible sur Internet le 27 septembre 2008

Résumé

Nous rapportons le cas d'un décès maternel survenu après la rupture spontanée d'une artère utérine dans le postpartum immédiat. La patiente a présenté des douleurs abdominales et un collapsus une heure après un accouchement normal. La présence d'un hémopéritoine a conduit à une laparotomie qui a mis en évidence un saignement intrapéritonéal provenant de l'artère utérine droite. Une ligature de l'artère utérine et une hystérectomie d'hémostase ont été réalisées. Une coagulopathie de consommation s'est rapidement installée entraînant une défaillance multiviscérale et le décès de la patiente 18 heures après l'accouchement. Il s'agit du premier cas rapporté de décès maternel lié à une rupture spontanée d'une artère utérine.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

We report the case of a maternal death occurring after spontaneous rupture of a uterine artery immediately following delivery. The patient presented abdominal pain and a collapsus one hour after a normal delivery. Laparotomy revealed massive haemoperitoneum and intraperitoneal bleeding from the right uterine artery. Ligature of the uterine artery and hemostasis hysterectomy were performed but the patient died of multivisceral failure 18 h after the delivery. This is the first case report of maternal death occurring after spontaneous rupture of a uterine artery.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Décès maternel ; Rupture spontanée ; Artère utérine ; Hémopéritoine

Keywords: Maternal death; Spontaneous rupture; Uterine artery; Hemoperitoneum

1. Introduction

La survenue d'une rupture spontanée d'un pédicule utérin pendant la grossesse et à l'issue de celle-ci est un événement extrêmement rare. Seules quelques dizaines de cas ont été

rapportés dans la littérature. Il peut s'agir d'une rupture artérielle ou veineuse des pédicules utérins ou des vaisseaux ovariens. Cette rupture vasculaire, encore fréquemment responsable de décès fœtal, peut exceptionnellement entraîner une mortalité maternelle.

Nous rapportons ici l'observation d'un décès maternel par rupture spontanée d'une artère utérine dans le post-partum immédiat. L'intérêt de cette observation est de souligner la difficulté du diagnostic de rupture d'un pédicule utérin pendant

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : bchungfat@yahoo.fr (B. Chung Fat).

la grossesse en raison de sa rareté et l'importance de la recherche d'une hémorragie interne lorsqu'il existe une instabilité hémodynamique sans hémorragie extériorisée.

2. Cas clinique

Il s'agit d'une patiente âgée de 37 ans, troisième pare, qui a été admise à 40 semaines d'aménorrhée (SA) gravidique pour des contractions utérines toutes les deux minutes. Celles-ci ont commencé deux heures plus tôt. Il n'a pas été noté d'antécédent pathologique particulier. Sur le plan obstétrical, elle a eu deux accouchements normaux à terme.

Le début de la grossesse actuelle s'est déroulé normalement. L'évolution de la grossesse a été marquée au cinquième mois par une tachycardie de Bouveret mal tolérée, réduite par amiodarone en intraveineux, une hospitalisation à 32 SA pour une suspicion de perte de liquide amniotique qui a été infirmée, un épisode de dyspnée à 34 SA ayant motivé une hospitalisation où le diagnostic d'embolie pulmonaire a été écarté par la réalisation d'une scintigraphie pulmonaire.

Dès l'admission, il a été noté une dilatation cervicale complète et un engagement de la présentation céphalique. La poche des eaux a été rompue artificiellement. La patiente a accouché, sans analgésie, après dix minutes d'efforts expulsifs, de façon eutocique d'un fœtus de sexe féminin pesant 2900 g. Aucune manœuvre d'expression utérine n'a été effectuée lors de cette expulsion. La délivrance a été dirigée et complète. Les saignements ont été normaux et il a été noté un bon globe utérin. La patiente a été installée en décubitus dorsal et n'a effectué aucun mouvement. Une surveillance, instaurée tous les quarts d'heure après l'accouchement, n'a montré aucune anomalie. Une heure après l'accouchement, la patiente a présenté un malaise et de violentes douleurs abdominales. Il a été noté une bonne rétraction utérine et des saignements normaux. Aucune anomalie sur le plan hémodynamique n'a été notée. Cinq minutes plus tard, un collapsus s'est installé avec une tension artérielle à 6/4, un pouls filant et une pâleur cutanée extrême. Les premières mesures de réanimation ont été immédiatement mises en place (équipe médicale de garde sur place) avec la pose d'une voie veineuse centrale, un remplissage vasculaire et l'administration d'adrénaline. Une révision utérine a été réalisée en même temps, sans anesthésie, compte tenu de l'état de choc, permettant d'écarter le diagnostic de rupture utérine. Un examen sous valves n'a retrouvé aucune plaie de la filière génitale. Une échographie abdominale a été aussitôt réalisée mettant en évidence une hémopéritoine important. Devant ce tableau, une laparotomie a été réalisée au cours de laquelle trois à quatre litres de sang ont été retrouvés dans la cavité abdominale. Cette laparotomie a été entreprise 20 minutes après l'apparition du collapsus. L'exploration a permis de constater une déchirure du feuillet postérieur du ligament large droit avec un saignement encore actif provenant de l'artère utérine. Un clampage du paramètre a été réalisé permettant d'arrêter le saignement. Devant la persistance d'une instabilité hémodynamique et d'une inertie utérine, une hystérectomie d'hémostase a été décidée. Une infiltration hémorragique du mésocôlon transverse et de

l'épiploon et la présence de sang dans la sonde gastrique et la sonde vésicale ont alors été constatées faisant évoquer une coagulopathie de consommation. Il a également été noté un épanchement sanguin au niveau de l'hypochondre gauche faisant évoquer une rupture splénique. L'examen de la rate, difficile du fait de l'hémopéritoine abondant, a permis d'écarter, a priori, ce diagnostic, mais devant la persistance du saignement diffus multiviscéral, entretenu par la coagulopathie, une splénectomie a été réalisée. Pendant son passage au bloc opératoire, en plus du remplissage et de l'injection d'adrénaline, la patiente a bénéficié de 14 culots globulaires, huit culots de plasma frais congelé, deux grammes de fibrinogène et un culot plaquettaire. Le début de la transfusion globulaire et de plasma a coïncidé avec l'arrivée de la patiente au bloc opératoire, cinq minutes avant le début de la laparotomie. Après l'intervention, qui a duré au total trois heures, la patiente a été transférée dans le service de réanimation. Une embolisation n'a pas été proposée, compte tenu de l'état hémodynamique instable de la patiente et l'absence de service de radiologie interventionnelle à proximité. Un syndrome hémorragique secondaire est apparu quatre heures plus tard avec un saignement extériorisé au niveau gastrique, génital et des drains d'aspiration. Devant cette évolution, une nouvelle laparotomie a été réalisée, six heures plus tard, montrant la présence d'environ deux litres de sang dans la cavité abdominale et une hémorragie viscérale diffuse. Il a alors été décidé une gastrectomie, une pancréa-tectomie caudale et une ligature des vaisseaux iliaques internes. Pendant cette seconde intervention, la patiente a été transfusée de 12 culots globulaires, quatre culots de plasma frais congelé, deux culots plaquettaires, du Clottagen[®] et du facteur VII. Ces mesures ont permis de contrôler l'hémorragie, mais malgré cette seconde intervention, la patiente est morte deux heures plus tard dans un contexte de choc, d'acidose métabolique, et de défaillance multiviscérale. Une autopsie a été demandée, bien que la cause du décès ait paru évidente. Par ailleurs, cet examen n'a retrouvé aucune anomalie hormis le syndrome hémorragique multiviscéral thoraco-abdominal.

3. Discussion

La survenue d'une rupture spontanée d'un pédicule utérin ou de vaisseaux ovariens pendant la grossesse est un événement exceptionnel et potentiellement gravissime. D'après Ziereisen et al. [2], cette rupture peut survenir dès la dixième semaine d'aménorrhée et jusqu'à trois semaines après l'accouchement. Mais dans la grande majorité des cas, les ruptures vasculaires surviennent au cours du troisième trimestre de la grossesse [1,17]. Pour Ginsburg et al. [1], plus de la moitié des cas de rupture des vaisseaux utéro-ovariens ont lieu avant le début du travail alors que dans près de 20 % des cas, la rupture surviendrait dans le postpartum. Plus d'une centaine de cas de rupture de vaisseaux utéro-ovariens ont été rapportés dans la littérature. Les cas décrits sont principalement des ruptures veineuses de pédicules utérins ou ovariens. Seuls six cas de rupture spontanée d'une artère utérine pendant la grossesse ont été décrits : Ellman [5] ; Pittman [6] ; Steinberg et al. [7] ;

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3950188>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3950188>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)