



ELSEVIER

Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



## CAS CLINIQUE

# À propos d'un cas de rupture utérine per-partum, 37 mois après une résection d'un nodule recto-vaginal d'endométriose

*About a case of uterine per-partum rupture, 37 months after resection of a rectovaginal endometriosis nodule*

O. Delépine<sup>a,\*</sup>, S. Curinier<sup>b</sup>, N. Agar<sup>b</sup>, G. Piquier-Perret<sup>b</sup>,  
D. Gallot<sup>b</sup>, C. Houlle<sup>b</sup>, M. Canis<sup>b</sup>, J.-L. Pouly<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Service de gynécologie-obstétrique des hôpitaux de Clermont-Ferrand, CHU Estaing, place Lucie-Aubrac, 63003 Clermont-Ferrand, France

<sup>b</sup> Service de gynécologie-obstétrique et biologie de la reproduction, CHU Estaing, place Lucie-Aubrac, 63003 Clermont-Ferrand, France

Reçu le 5 février 2016 ; avis du comité de lecture le 2 juin 2016 ; définitivement accepté le 7 juin 2016

### MOTS CLÉS

Rupture utérine ;  
Endométriose ;  
Fertilité ;  
Complications  
obstétricales

**Résumé** L'endométriose est une pathologie fréquente chez la femme, ayant comme principale répercussion une symptomatologie douloureuse. De plus, il a été mis en évidence que l'endométriose était une cause importante d'infertilité et que différentes complications obstétricales pouvaient être liées à cette pathologie. La rupture utérine est une complication rare mais grave, dont l'incidence tend à diminuer avec le dépistage des femmes à risque, néanmoins la morbi-mortalité maternelle et fœtale qu'elle entraîne reste importante. Nous avons été confrontés à un cas de rupture utérine postérieure chez une patiente de 36 ans, primipare à terme dépassé en postpartum immédiat. La patiente a comme antécédent principal une chirurgie du torus utérin pour endométriose responsable d'infertilité. L'issue a été favorable pour la mère, après une prise en charge chirurgicale par laparotomie, et pour l'enfant. Dans la littérature, deux cas ont été rapportés de rupture utérine après la chirurgie de l'endométriose, c'est pourquoi nous avons trouvé intéressant de rapporter ce cas rare. Au vu de l'augmentation de la prise en charge chirurgicale de cette maladie, il semble pertinent de se demander si, à l'avenir, nous devrions rester plus vigilants lors du suivi de la grossesse de ces femmes.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [orian2110@hotmail.com](mailto:orian2110@hotmail.com) (O. Delépine).

## KEYWORDS

Uterine rupture;  
Endometriosis;  
Fertility;  
Obstetric  
complications

**Summary** Endometriosis is a common condition in women, whose main repercussions are painful symptoms. In addition, it was shown that endometriosis was a major cause of infertility and various obstetric complications could be related to this pathology. Uterine rupture is a rare but serious complication whose incidence tends to decrease with the screening of women at risk, however, its fetal, maternal morbidity and mortality causes remains important. We were confronted with a case of posterior uterine rupture in a patient of 36 years, primipare term exceeded in immediate postpartum period. The patient's primary antecedent of uterine surgery torus was responsible for infertility endometriosis. The outcome was favorable for the mother, after a surgical treatment by laparotomy, and for the child. In the literature, two cases have been reported of uterine rupture after endometriosis surgery, which is why we found it interesting to report this rare case. Given the increase in surgical management of this disease, it seems relevant to ask whether, in the future, we should be more vigilant in monitoring pregnancy for these women.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## Introduction

La rupture utérine est une complication rare mais dont les conséquences obstétricales engagent le pronostic maternel et fœtal. Bien que certains facteurs de risque soient connus, elle est le plus souvent inattendue. Son incidence en France, que l'utérus soit cicatriciel ou non, est estimée selon les séries entre 1/1000 et 1/2000 naissances [1].

L'endométriose est un facteur de risque de complications obstétricales indépendamment de l'infertilité qu'elle entraîne. L'étude réalisée par l'équipe du CHU de Clermont-Ferrand sur une population de 258 patientes porteuses d'endométriose ayant obtenu une grossesse unique avec procréation médicalement assistée, rapporte une augmentation significative de l'incidence des accouchements prématurés, surtout avant 32 SA (6,2 % vs 3,1 % dans le groupe « sans endométriose »,  $p=0,03$ ), des métrorragies (5,3 % vs 2,2 %,  $p=0,01$ ) et du placenta prævia (4,9 % vs 0,9 %,  $p<0,0001$ ) [2]. Ces complications obstétricales pourraient être expliquées au niveau physiopathologique par l'inflammation chronique liée à la maladie et par les modifications anatomiques de la zone de jonction myométriale qu'elle entraîne [2,3]. Il n'y avait pas de corrélation entre l'endométriose et le risque de césarienne ni de pré-éclampsie [2]. Dans cette étude, il n'est pas rapporté de complication telle que la rupture utérine.

De plus, dans la série de Vercellini et al. [4] à propos de 419 primigestes avec antécédent de chirurgie d'endométriose, il n'y a pas de cas de rupture utérine rapporté. Nous présentons le cas rare de rupture utérine per-partum après chirurgie d'endométriose.

## Cas clinique

Mme D. I est une patiente primigeste primipare de 36 ans ayant pour antécédent médical une hépatite médicamenteuse à l'érythromycine. Au niveau chirurgical, elle a présenté une hernie ovarienne à trois mois de vie ; en 2008, une cystoscopie réalisée pour dysurie s'est avérée normale.

Sur le plan gynéco-obstétrical, en 2011 une coelioscopie a été effectuée en raison d'une endométriose responsable d'une infertilité depuis deux ans et de douleurs à la défécation. L'IRM a retrouvé un nodule au niveau du fornix

d'environ 12 mm de grand axe. La coelioscopie a confirmé la présence d'un volumineux nodule au niveau du torus utérin ; l'utérus et les annexes étaient d'aspect sain. L'intervention a consisté en une section des deux ligaments utéro-sacrés, ainsi que l'exérèse complète du nodule recto-vaginal après ouverture des deux fosses para rectales et urétérolyse bilatérale. Il n'y a pas eu de complication per ni postopératoire.

La grossesse est ensuite obtenue par fécondation in vitro 28 mois après la coelioscopie. Le déroulement de la grossesse a été physiologique. Il est décidé d'un déclenchement à 41 + 6 SA pour terme dépassé par Propess®. Une analgésie péridurale est instaurée à 3 cm de dilatation cervicale.

Environ 1 h 30 après la pose de la péridurale, le RCF devient pathologique avec des ralentissements variables profonds. De plus, la patiente décrit des scapulalgies avec asthénie brutale sans chute de la tension artérielle mais présence d'une tachycardie. À l'échographie, on ne retrouve pas d'épanchement abdominal dans l'espace de Morrison ni d'anomalie au niveau fœtal. Le col est à dilatation complète. L'accouchement peut donc avoir lieu par voie basse, avec ventouse au détroit moyen et épisiotomie pour rythme cardiaque fœtal pathologique (Fig. 1). Naissance d'un enfant de sexe masculin de 3550 g après dix minutes d'efforts expulsifs, pH artériel : 7,03, APGAR : 0/2/5 nécessitant une prise en charge pédiatrique.

Après réfection de l'épisiotomie, la patiente présente une scapulalgie droite persistante motivant la réalisation d'une échographie abdominale retrouvant un volumineux épanchement dans l'espace de Morrison d'environ 7 cm par 5 cm sans retentissement sur l'hémodynamique maternelle avec un Hémocue® à 11,7 g/dL. Le scanner injecté réalisé en urgence retrouve un épanchement intrapéritonéal d'environ 600 mL sans blush vasculaire mais avec effraction importante de la paroi isthmique rétro-utérine de 3–4 cm de large avec présence de multiples caillots dans le cul-de-sac de Douglas (Fig. 2 et 3), une prise en charge chirurgicale sans délai est décidée.

Le premier temps chirurgical se fait par voie basse permettant d'identifier une plaie du cul-de-sac vaginal droit suturée, puis passage par voie coelioscopie où il est mis en évidence une importante rupture utérine au niveau de l'isthme utérin postérieur d'environ 4 cm de large. La taille et l'orientation de la déchirure ainsi que le volume utérin rendent impossible la suture par coelioscopie. On

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5656566>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5656566>

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