



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



CAS CLINIQUE

Rupture spontanée des vaisseaux utérins pendant la grossesse : à propos de trois cas

Spontaneous rupture of uterine vessels during pregnancy, about three cases

C. Girard*, A. Chatrian, C. Veran, P. Hoffmann, J.-C. Pons, F. Sergent

Service de gynécologie-obstétrique, hôpital Couple-Enfant, BP 217, 38043 Grenoble cedex 09, France

Reçu le 3 juillet 2011 ; avis du comité de lecture le 11 septembre 2011 ; définitivement accepté le 15 septembre 2011
Disponible sur Internet le 15 octobre 2011

MOTS CLÉS

Hémopéritoine ;
Grossesse ;
Rupture des vaisseaux
utérins ;
Ligament large ;
Douleur abdominale

KEYWORDS

Haemoperitoneum ;
Pregnancy ;
Rupture of uterine
vessels ;
Broad ligament ;
Abdominal pain

Résumé La rupture spontanée des vaisseaux utérins pendant la grossesse est un événement exceptionnel qui reste peu connu des gynécologues obstétriciens. Étant donnée sa morbi-mortalité importante, nous tenons à faire un rappel de cette pathologie au travers de trois cas survenus au CHU de Grenoble. La douleur abdominale est constante. Dans deux cas sur trois, la naissance a lieu par voie basse. Aucun décès maternel n'est à déplorer. Le pronostic fœtal est plus réservé avec un décès fœtal sur trois. Les signes cliniques sont sensibles mais peu spécifiques. La prise en charge passe relève d'une réanimation efficace puis d'une hémostase chirurgicale. Cet événement doit être enseigné afin d'en améliorer la prise en charge.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary Spontaneous rupture of uterine vessels during pregnancy is an exceptional event which remains little known by the gynecologists. Being given its important morbi-mortality, we wanted to make a reminder of this pathology through three cases arisen in the CHU of Grenoble. All patients experienced acute abdominal pain. In two cases out of three, birth followed vaginal delivery. No maternal death was deplored. Fetal prognosis remains poor, as one is dead among our three cases. Clinical signs are sensible but not specific. Early management requires efficient resuscitation then surgical haemostasis, and has to be teatched in order to improve its prognosis.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

La rupture spontanée des vaisseaux utérins pendant la grossesse est un événement exceptionnel qui survient majoritairement au cours des deuxième et troisième trimestres de la grossesse. Seuls une centaine de cas ont été publiés dans la littérature. Nous nous sommes intéressés à cet

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : girard@alsatis.net (C. Girard).

événement car, bien que la morbi-mortalité maternofoetale associée à ce type de lésion soit importante [1], il reste relativement méconnu des gynécologues obstétriciens. Si l'évolution des techniques de diagnostic et de réanimation a permis d'améliorer le pronostic maternel, le pronostic foetal reste réservé [2]. Dans la littérature, il n'existe pas de série concernant cette complication obstétricale du fait de sa rareté. Les articles publiés rapportent essentiellement des cas cliniques dont la majorité sont anciens. Nous avons donc décrit trois cas récemment rapportés sur le site du CHU de Grenoble afin d'observer les modalités diagnostiques, thérapeutiques, mais également d'évaluer les pronostics maternel et foetal, par rapport aux données de la littérature.

Cas cliniques

Cas 1

Mme M., primigeste nullipare de 31 ans, présentait une grossesse sans particularité. Dans ses antécédents, on retrouvait une endométriose sévère, avec notamment des nodules au niveau des ligaments utéro-sacrés, des fossettes ovariennes, du repli intervésico-utérin, des ligaments larges et jusqu'au péritoine pariétal. Elle a été traitée chirurgicalement par électrocoagulation en coelioscopie quelques mois avant le début de la grossesse. Elle s'est présentée à la maternité pour surveillance de terme à 41 semaines d'aménorrhée (SA). Les examens réalisés étaient normaux et la patiente a été renvoyée à domicile.

Elle s'est présentée spontanément le lendemain à 41 SA et un jour pour un début de travail. Le travail, dirigé par oxytocine sous anesthésie péridurale, s'est déroulé normalement. Le liquide est devenu sanglant à 6 cm de dilatation et la patiente tachycarde à 150 battements par minute sans autre point d'appel. À dilatation complète, la patiente a présenté une hypotension à 60/40 mmHg, dans un contexte de douleurs abdominales brutales, associées à une bradycardie foetale sévère à 60 bpm. Une extraction par forceps de Tarnier a été réalisée sans difficulté notable sept minutes après, dans un contexte de liquide amniotique méconial. L'enfant est né avec un score d'Apgar à 0 et a immédiatement été pris en charge par le pédiatre à la naissance. Le poids de naissance était de 3700 g. Les pH au cordon n'ont pas été réalisés. Dans les suites immédiates de l'accouchement, l'instabilité hémodynamique a persisté, et la patiente décrivait toujours des douleurs abdominales irradiant dans les épaules. L'indication de coelioscopie exploratrice pour suspicion de rupture utérine a été posée. Celle-ci a révélé un volumineux hémopéritoine imposant la conversion en laparotomie transversale. L'exploration de la cavité péritonéale a permis la mise en évidence d'une déchirure complète du ligament large gauche, avec lésion de l'artère utérine, sur des séquelles d'endométriose à type d'adhérences. Le traitement a consisté en une ligature de cette brèche vasculaire.

L'enfant est décédé à quatre jours de vie d'encéphalopathie probablement d'origine anoxo-ischémique. La patiente a eu des suites opératoires simples. Elle a présenté une nouvelle grossesse trois mois après cet événement et a accouché par césarienne programmée au terme de 39 SA.

Cas 2

Mme L., 36 ans, a présenté une seconde grossesse sans particularité jusqu'au terme de 29 SA où elle a été transférée en urgence dans notre maternité de niveau 3 dans un contexte de douleurs abdominales intenses, d'hypotension et d'anomalies du rythme cardiaque foetal à type de tachycardie foetale à 160 bpm associée à des ralentissements variables modérés. À l'arrivée, l'hypotension était persistante à 80/40 mmHg et l'abdomen le siège d'une défense. L'utérus était par ailleurs souple. L'échographie, réalisée au lit de la patiente, retrouvait un volumineux hémopéritoine remontant jusque sous les coupes diaphragmatiques. L'indication de césarienne en urgence a été posée. Celle-ci a permis l'évacuation d'environ 1L 500 de sang, et la naissance de l'enfant. Celui-ci pesait 1410 g. Le score d'Apgar était de 3 à une minute, de 8 à trois minutes puis de 9 à cinq et dix minutes de vie. Le pH artériel était de 7,16, le pH veineux de 7,20 et les lactates à 7,01 mmol/L. L'exploration de la cavité péritonéale a permis la mise en évidence d'une rupture du ligament large droit sans brèche vasculaire individualisable. La lésion a été suturée par quatre points séparés sur le feuillet péritonéal après avoir bien vérifié l'absence de saignement actif. Les suites sont simples et l'enfant a évolué favorablement.

Cas 3

Mme G., 31 ans, aux antécédents d'utérus cicatriciel pour présentation de la face dans un contexte de déclenchement pour terme dépassé à 41 SA et quatre jours, a présenté une grossesse sans particularité. Elle est entrée en travail spontanément au terme de 40 SA et six jours et a accouché eutociquement, sous couvert d'une anesthésie péridurale. Elle a bénéficié d'une révision utérine pour rétention placentaire. Quatre heures après l'accouchement, à l'ablation du cathéter de péridurale, elle a présenté des douleurs scapulaires puis une hypotension à 70/40 mmHg. Ensuite, spontanément, la tension est remontée à 100/60 mmHg. Onze heures après l'accouchement, le météorisme et les douleurs abdominales s'intensifiaient. L'échographie réalisée au lit de la patiente retrouvait un volumineux épanchement et l'hémocue retrouvait une hémoglobine à 50 g/L. Une laparotomie en urgence a été réalisée permettant l'évacuation d'un volumineux hémopéritoine. L'exploration a permis la mise en évidence d'une rupture du mur postérieur de l'utérus, de la séreuse utérine, et d'une lésion de l'artère utérine gauche. Ces lésions ont été suturées permettant l'arrêt du saignement. Les suites opératoires ont été simples.

Discussion

Ces ruptures vasculaires pendant la grossesse sont un événement exceptionnel. Ce syndrome a été décrit pour la première fois en 1950 par Hodgkinson et Christensen [1] comme une rupture des veines utéro-ovariennes. En 1987, Ginsburg et al. [2] ont référencé 28 autres cas dont l'origine du saignement, artérielle ou veineuse, n'est pas toujours précisée. Par la suite, les auteurs, par assimilation, ont également inclus dans cette définition les ruptures d'origine

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/6088951>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/6088951>

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