

# Rupture Utérine

R. BELARBI

1. Déf: les R.U sont des Solut° de Continuité Complète ou incomplète à la paroi de l'U. Gravide dû à l'existence d'un Facteur & fragilisat° et/ou de tension exercée sur cette paroi.

Ces R.U. ont actuellement des aspects épidémiologiques Anato-cliniques et pronostic ≠ avec le niv & développement Socio-Sanitaire. P<sup>er</sup> P<sup>er</sup> à la zone géographique.

des pays occidentaux: la maîtrise des principaux F&R à rendre exceptionnelle. La survenue du grad de l'abretement sur 1 U. Sain, au ≠ sont surtout observés les de P<sup>er</sup>iscence de la Cicatrice de la Césarienne.

à l'opposé des pays en développement R.U. U. Sain ⊕ Grave.

2. fréq:

→ La fréq varie selon les pays. elle se présente en Afrique Sub Saharienne un Taux 3% des accouchements avec prop<sup>er</sup> de R.U. Sain: 40-80% d'où la gravité et la mise en jeu du prognostic vital.

→ des pays développés R.U. sur U. Sain ⇒ exempt° et on fait référence seulement qu'aux ruptures sur U. Cicatriciel de l'Ordre & 3-4%. Sachant bien que le nbre d'acc. en occident sur U. Cicat ne dépasse pas 10%.

3. Anapath:

① anatomie chirurgicale:

Le Seg. inf. est formé des derniers mois & Gros. Il est situé entre le Corps et le Col.

Seg inf → multi → 1 mois av. acc.

↳ Primi → Début à 3<sup>ème</sup> bin.

Il est musculaire aminci - qui est le siège & Prédi Rect° de R.U. le peritoine est lache. Facilement decollable de la face ant du Seg.

le Seg inf est en rapport avec la face Post & la vessie de l'Utérus  
avant sa pénétration de la vessie.  
et en bas → Col + Vagin.

la Vx est assurée par les 02 Art. Uterine

② Sièges et aspect des lésions :

• 60-80% des RU → Face ant du Seg inf.

• 10-30% des déhiscence → Seg inf + Corps.

• Aspect des lésions est fonct° de l'état ant de U

↙ Sain  
↘ Cicatriciel

on distingue :

α - les ruptures incomplètes :

\* 1: R.I d'Utérus Sain : (Sous péritoniale) La lésion est presque tj  
segmentaire et horizontale. les mbr amniotiques → intactes  
le fœtus est vivant

↳ Permet entre les

• Lorsque la lésion est lat → So G<sup>ch</sup> Car le fibre du myometre  
fœtus est à droit → elle est volontier verticale. et se projette au  
Col ou aux Vagin. La Cavité amnio est so remplie. Le fœtus se  
met entre les 02 feuillets du Pig large. parfois on a une  
atteinte du pédicule de l'Art. U → hématome sous péritonéal → MFII

\* 2: R.I d'1 Utérus Cicatriciel ⇒ Déhiscence partielle du Seg inf  
les berges sont sclérotisées. saignants très peu. La serouse + mbr  
intactent + fœtus vivant

β - R. Complète.

- R.C. sur U. Sain : La lésion est hémorragique extensive. à bord  
irrégulier. elle atteint le Corps. Le trait de déhiscence est une Grol ≠  
avec une retraction du Corps Uterin. et le fœtus est expulsé  
en intra abdominale → MFII.

• R.C. sur U. Cicatriciel: La séparat° des Berges est totale et la Périan déborde sur la ligne non cicatriciel. La Périan est hémorragique à bord irrégulier + expulsion du fœtus de l'abdomen.

• La 91. est la observée des les Cicatrices Corporelles peut se voir des les évolut° des des unions des Cicatrices des Cesari. Seg.

### ③ Les Périan associées.

→ La rupture à la vessie Favorisée par les adhérences

→ " " d'1 Utère Terminal: Périan R.U. se propage vers opératoire touche les Utères le triangle vésical.

→ La déchirure Cervicale et Vaginale trait à rupture se propage vers le bas. Gros enfant

4 = F&R: elle sont multiples: Pelvis rétrécit

• R.U. Sain:

① Spontanée: dystocie mécanique (Col ne s'ouvre pas)

Ø2 dépistage + mauvaise surveillance ⇒ 30-60% de H.R.U. ⇒ ++ Afrique. éloignement des infrastructures Sanitaires.

• Caractéristiques phénotypiques: Ceux-ci Croit avec la poire et les intervalles entre les Gros.

• Niv. Socio économique → niv Scolaire

↳ Carence Nutrit°

↳ Epuisement Physique.

• Âge: adoléscente → Bassin immature.

Primipare > 35ans.

• Autres: adénomyose - U. malformé - Placenta Accrète.

② Provoquée: Pas Utérotonique (SYNTOCINON - Prostaglydy)

non surveillé,

• manœuvre Obst: Version int-ext / Forceps / expression abdominale.

- les traumatismes physiques.

2) R.U. Cicatriciel:

a. Type 2 Cicatrice:

(A) Obstétricale: meilleur pronostic sauf 2 mauvaise qualité

Si → Suite op. fébrile.

↳ Réparat° 2 mauvaise qualité

↳ Suture non en extra muqueux.

↳ Cica: Corps. / Segmento. Corporelle. / R.U.

(B) Gynécologique: Cicatrice 2 ms qualité.

myomectomie

β: Les Contraintes exercées Sur La Cicatrice.

Et Les Causes qui ↑ brutalement la pression intra utérine exercées sur U. Sain sont: possible d'une R.U. ex: Les Manœuvres - Cytotec - dystocie mécanique.

5) formes Cliniques.

(1) forme typique.

(a) U. Sain

a → Prérupture: elle est caractérisé par 1 S<sup>d</sup> 2 Latte au cours d'1 travail prolongé. avec une hypercinesie et 1 mauvais relâchement provoquant 1 étirement avec la format° d'1 Sablier Σ

• les [ ] deviennent intenses → Agitat° / SFA / MFU.

b. (R.U.) → Classique Coup 2 poignard avec Sédaf 2 dLR + des [ ] U. avec une fx impression 2 soulagement + Sensat° d'1 écoulement tied intra abdom + état 2 choc + foetus mort et S/ la peau + hémorragie vaginale.

② forme incideuse: Simple dLR à la région de la Cicatrice qui persiste entre Pos [ ] U. Hémorragie vaginale minime (Topographie anomalie RCF - P. amniotique Hémorragique.

Pa dilat° de Col. Stagne. C.U. → Prolongées + irrégulières puis ∅.

③ forme rigide au cours de Grès.  
au 3<sup>ème</sup> trim → R. Cicatrice. Composielle.

④ F. Symptomatique R. reconnue à la révision U. Lors d'une Hémorragie du post-partum immédiat.

⑤ F. Complicées: atteinte vésicale.  
S<sup>d</sup> de défibrinésat°.

R. négligée → infect° - Saignement.

6/ Dgt ≠: HRP - P.P. → écho dgt + mais = (P.P. + RU): Pobl.

↳ dgt: R. incomplète. [ ] U. persistantes ↑ à Tonus de base

7/ Ert:

JP est important d'entamer Pa rea I<sup>aire</sup> → Paramètres Hémodynamique à stabiliser, afin d'aborder P<sup>r</sup> Hémostase des lésions → Reparat° sous Couverture ABT à large spectre.

1<sup>o</sup> méthode:

• la voie d'abord: LM50. Papanotomie médiane S. ombi.

Ap. Pannstiel: Seg.

• → extract° foetale + Placenta

• → Inspect° Soigneuse → Siège - Aspect des lésions → Complicat°.

• Choix de la Technique:

α → Suture utérine Rapide - maintient la fonct° de U.

Pobl lors des lésions peu étendues. Cependant on fait une

ligature de trompe chez la Grd. multipare.

Hystérectomie inter-annexielle → Pésion → étendue - Sèvre - Septique.

Parfois si P. Hémorragie etc. Lig des Art  
 med: prostaglandino  
 extra rectal.

Utérine  
 Hypogastrique

8/ Prénatale

(1) (♀)

a) Facteurs 2 Prénatale:

→ Type 2 Pésion

α: Favorable si dehescence.

β: mort ♀ ↑↑↑, R. Complète. (50-90% Afrique)

→ Qualité 2 P.e.c.

doit être rapide: équipe med. qualifiée + Bloq op ✓ med

→ Type 2 bit

→ Suture

↳ Hystérectomie

(b) morbi - mortalité (♀):

Pays en développement: 2-20% mort (♀) R. (H).

morbidité reste élevée ⇒ Hémorragie accidents hémf  
 infect - fistules vésico-  
 vaginales.

(2) Postnatal

Taux 2 décès: pays S/D: varie 45-90%

null en occident. par les dehescences.

30% " " " " R. Graves.

Conclusion:

- dépistage - éducat° Sanitaire 2 la populat° Media
- Format° med. équipement. 4 Centres d'Obstétrique
- améliorer les bsp ambulance.
- Centre PMI protect maman infantile.