

RUPTURE UTERINE APRES UTILISATION DU MISOPROSTOL ET D'OCYTOCINE SUR GROSSESSE ARRETEE DE 18 SEMAINES D'AMENORRHEE : A PROPOS D'UN CAS A LA MATERNITE UNIVERSITAIRE DE PORTO-NOVO AU BENIN

UTERINE RUPTURE AFTER MISOPROSTOL AND OCYTOCINE ON MISSED PREGNANCY AT 18 WEEKS OF AMENORRHEA: ABOUT A CLINICAL CASE IN THE UNIVERSITY MOTHERHOOD AT PORTO-NOVO IN BENIN

M. V.¹ VODOUHE, ²O. M. OGOUDJOBI, ¹R. SIDI IMOROU, ¹A. A. A. OBOSSOU, ¹N. F. M. HOUNKPONOU, ¹K. SALIFOU, ³R. X. PERRIN

¹Faculté de Médecine, Université de Parakou, Bénin

¹Faculté de Médecine, Université de Porto Novo, Bénin

³Faculté des Sciences de la Santé, Université d'Abomey Calavi

Correspondance : VODOUHE Mahublo Vinadou ; vodoct@yahoo.fr

RESUME

Le misoprostol est de plus en plus utilisé aussi bien dans l'induction du travail d'accouchement que pour provoquer l'expulsion du fœtus en cas de mort fœtal intra-utérine. Il peut être dangereux et provoquer une rupture utérine qui est une complication obstétricale grave. Nous rapportons un cas de rupture utérine chez une paucipare aux antécédents de curetages, survenue après utilisation du misoprostol et perfusion d'ocytocine sur une grossesse arrêtée de 18 semaines d'aménorrhée. Ce cas suggère l'intérêt de prendre en compte tous les facteurs de fragilisation de l'utérus dans les protocoles d'induction médicamenteuse d'une évacuation utérine.

Mots clés : misoprostol, induction, rupture utérine, curetage de l'utérus

SUMMARY

The induction of the work of delivery by the misoprostol is more and more used for the eviction of the foetus in case of foetal intrauterine death. The uterine rupture is a serious obstetric complication which can arise because of this induction. We report a case of uterine rupture to a paucipare and antécédants of uterus curettage, with a foetal intrauterine death of 18 weeks of aménorrhée, after use of the misoprostol and the ocytocine to lead the work of delivery. This case suggests the interest to take into account all the factors of embrittlement of the uterus in the protocols of induction of the work of delivery.

Keywords: misoprostol, uterine rupture, curettage of the uterus

INTRODUCTION

La rupture utérine est une complication obstétricale grave qui met en jeu le pronostic maternel et fœtal. Il s'agit d'une pathologie rare au deuxième trimestre de la grossesse [1]. Nous rapportons un cas survenu après utilisation du misoprostol et perfusion de l'ocytocine sur mort fœtale intra-utérine à 18 semaines d'aménorrhée chez une patiente aux antécédents de curetage utérin.

PRESENTATION DU CAS

Madame A.E., âgée de 33 ans, G4P1, aux antécédents de 2 curetages pour avortements il y a 8 ans et 4 ans. Elle a accouché par voie basse il y a xxx ans et a ensuite bénéficié d'une contraception par stérilet au cuivre, stérilet qu'elle a dû enlever moins d'un an après la pose en raison d'une métrorragie importante.

Elle a été admise le 11/01/2013 à 16 heures 20 mn à la maternité du Centre Hospitalier Universitaire Départemental de l'Ouémé et du Plateau pour une grossesse arrêtée de 18 semaines d'aménorrhée de découverte fortuite lors d'une échographie réalisée dans le cadre du bilan prénatal.

A l'examen : elle avait un bon état général, la température était de 36°C ; la tension artérielle de 110/60 mmHg et le pouls à 80 pulsations/min. Les muqueuses palpébrales étaient bien colorées ; il n'y avait pas d'œdèmes des membres inférieurs ; l'utérus était souple avec une hauteur mesurée à 14 cm ; au toucher vaginal : le col était court médian, admettant un doigt aux 2 orifices avec des pertes banales au doigtier. Le diagnostic de grossesse arrêtée de 18 semaines d'aménorrhée avait été retenu. Le traitement initial a été marqué par l'administration en sublinguale de 2 comprimés de misoprostol dosé à 200 microgrammes. 17 heures après la pose des comprimés de misoprostol, l'expulsion n'a toujours pas eu lieu et l'état clinique était quasi stationnaire. Une perfusion d'ocytocine 5 UI dilué dans 500 cc de sérum glucosé 5% et des antispasmodiques lui ont été administrés. Les modalités de perfusion du soluté contenant l'ocytocine n'ont pas été documentées.

Plus de 10 heures après la pose de la perfusion de l'ocytocine, l'expulsion n'a pas eu lieu et la patiente présentait une hyperthermie à 38°C. L'abdomen était souple mais douloureux, l'état du col est resté idem qu'à l'admission. Suspectant une complication infectieuse, une poly-antibiothérapie (ampicilline, gentamicine, flagyl), un traitement antipyrétique et antalgique à base de paracétamol ont été institués. La fièvre s'est rapidement amendée, mais l'expulsion n'a pas eu lieu.

24 heures après l'arrêt des utérotoniques, il persistait une douleur lombo-pelvienne. L'abdomen était souple mais douloureux en région pelvienne, l'état du col n'a pas évolué. Le doigtier était revenu souillé de sang. Une échographie pelvienne a donc été réalisée et a permis d'évoquer le diagnostic de rupture utérine : l'utérus était devenu vide et le fœtus dans la cavité péritonéale.

Une laparotomie d'urgence a permis de découvrir une rupture utérine isthmique transversale basse. On procède à l'extraction d'un fœtus mort macéré 3°degré, une révision utérine et à la toilette de la cavité utérine et abdominale. Enfin on réalise une hystérorraphie après ravivement des berges utérines nécrosées.

Les suites opératoires se sont compliquées de suppuration pariétale au 4^e jour post-opératoire. Grace au traitement antibiotique et aux pansements cutanées, l'évolution a été favorable et la patiente est sortie au 10^e jour post-opératoire avec un taux d'hémoglobine de contrôle à 11,6g/dl.

DISCUSSION

Le taux de rupture utérine dans les pays développés varie entre 3,2 et 6,4 pour 1000 chez les femmes qui ont eu une première césarienne [2,3]. Au Bénin pays en voie de développement Lokossou et al. [4] ont rapporté un risque de rupture utérine de 1,2% pour les utérus cicatriciel et 0,2% pour les utérus non cicatriciels dans le centre de référence national.

Le misoprostol, analogue de la PGE1, a une action anti-sécrétoire et cytoprotectrice. Il entraîne également une contraction des fibres musculaires lisses du myomètre et un relâchement du col utérin [5]. Il est reconnu comme alternative seule ou en association avec les laminaires pour l'évacuation de l'utérus au

second trimestre [6,7]. Mais des complications peuvent survenir [8]. La complication qui est survenue dans notre cas est la rupture utérine. Une revue de la littérature montre un risque de rupture utérine est inférieur à 0,3% en cas d'induction au misoprostol dans les utérus cicatriciel au second trimestre de la grossesse [9]. Les cicatrices utérines décrites comme pouvant être des facteurs de risque de rupture utérine sont principalement en rapport avec un ou plusieurs antécédents de Césarienne. Mais les antécédents de myomectomie, de salpingectomie, d'infection génitale, de curetage sont aussi des facteurs de risque de rupture utérine [10]. La patiente objet de cette présentation avait des antécédents de curetage utérin. Peu de cas de ruptures utérines en rapport avec des antécédents de curetage ont été rapportés dans la littérature. Concernant l'utilisation du misoprostol pour les morts in-utéro (MIU) et les interruptions médicales de grossesse (IMG) au deuxième et au troisième trimestre de la grossesse, les ruptures utérines rapportées dans les différentes études sont survenues soit dans le cas d'administration de doses moyennes à élevées de misoprostol (à partir de 200 µg/3 heures) soit en cas d'administration successive de misoprostol et d'ocytocine [5]. La dose initiale et unique de misoprostol administrée (400 µg sublinguales) à notre patiente était élevée comparativement à ce qui est observé dans les différents protocoles présentés à travers la bibliographie [11, 12]. En cas de facteur de risque de rupture utérine, l'utilisation des doses minimales efficaces de misoprostol est recommandée pour le déclenchement [5]. L'utilisation de moyens mécaniques comme les laminaires ou l'administration de mifépristone 36 à 48 heures avant le début du déclenchement permettent d'optimiser la préparation cervicale sans augmenter le risque de rupture utérine [5]. Il est aussi recommandé de respecter comme ce fut le cas ici, un délai d'au moins 3 heures entre l'administration des prostaglandines et d'autres utérotoniques tels que l'ocytocine [5].

Devant ce cas de rupture utérine, nous avons pu réaliser un traitement conservateur avec suture simple compte tenu du caractère peu étendu des dégâts, la localisation de la rupture, du jeune âge de la patiente, de sa pauciparité, de son origine ethnique et de ses conditions socio-économiques comme rapportés dans la littérature [13]. L'hystérectomie totale ou subtotale paraît avoir la faveur de la plupart des auteurs [10,14], la suture simple permet de préserver la fonction de reproduction avec un risque de récurrence entre 4 et 19% lors de la prochaine grossesse [15].

CONCLUSION

Pour l'induction du travail au misoprostol dans les utérus à risque, il faut utiliser des doses modérées et des protocoles qui ont fait leurs preuves à travers la littérature pour éviter la rupture utérine. L'étude de ce cas clinique suggère que l'antécédent de curetage est un facteur de fragilisation de l'utérus qui doit être pris en considération dans les protocoles d'induction du travail d'accouchement.

REFERENCES

1. Tebeu PM, Kouam L, Major AL, Ludicke F, Doh AS. Rupture uterine sur mort foetale intra-utérine: une complication du misoprostol et de l'ocytocine. *Méd Afr Noire* 2004; 51(6): 321-324.
2. Rageth JC, Juzi C, Grossenbacher H. Delivery after previous cesarean: a risk evaluation. *Obstet Gynecol* 1999; 93: 332-337.
3. Leung AS, Leung EK, PAUL R.H. Uterine rupture after previous cesarean delivery: maternal and fetal consequences. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169: 945-950.
4. Lokossou A, De Souza J ; Adisso S ; Takpara I ; Adognibo M.O. ; Alihonou E.; Accouchement dans les utérus cicatriciels et risques obstétricaux. *Méd Afr noire* 2008 ; 55 (5): 277-283.
5. Marret H, Simon E, Fritel X, Jonville-Bera AP, Dreyfus M, Pierre F, Winer N, Houfflin-Debarge et al. État des lieux et expertise de l'usage hors AMM du misoprostol en gynécologie-obstétrique : travail du CNGOF. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2014; 43(2): 107-113.
6. Fox MC, Krajewski CM. Cervical preparation for second-trimester surgical abortion prior to 20 weeks 'gestation. *Contraception* 2014; 89 (2): 75-84.
7. Frick AC, Drey EA, Diedrich JT, Steinauer JE. Effect of prior cesarean delivery on risk of second-trimester surgical abortion complications. *Obstet Gynecol* 2010; 115: 760-764.
11. Fletcher M, MC Caw-Binns A. Rupture of uterus with misoprostol (prostaglandin E1) used for induction of labor. *J Obstet Gynecol* 1998; 18(2):184-185.
9. Goyal V. Uterine rupture in second-trimester misoprostol-induced abortion after cesarean delivery: a systematic review. *Obstet Gynecol* 2009;113:1117-1123.
10. Schrimsky DC, Benson RC. Rupture of the pregnant uterus: A review. *Obstet Gynecol Surv* 1978 ;33: 217-232.
11. Hidar S· Fekih M· Chaïeb A· Bibi M· Mellouli R· Khaïri H. Apport de l'association d'ocytocine au misoprostol administré en intravaginal au cours des interruptions de grossesse entre 13 et 29 semaines d'aménorrhée. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2001; 30: 439-443
12. Herabutya Y, O-Prasertsawat P. Second trimester abortion using intravaginal misoprostol. *Int J Gynaecol Obstet* 1998: 60:161-165
13. Bretones S, Cousin C, Gualandi M, Mellier G. Rupture utérine A propos d'un cas de rupture spontanée à 30SA chez une primipare. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1997; 26(3): 324-7.
14. Meyer S, Janecek P, Roenspiess U. A propos d'un cas de rupture uterine sur grossesse interstitielle de 22 semaines. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1981 ; 10: 235-240.
15. Gautier C, Van Belle Y, Van Bogaert LJ, De Muylder E. Rupture utérine. Réflexion à propos d'un cas spontané à mis grossesse. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1985 ; 14: 201-209.