

Fait clinique

**REVUE TROPICALE
DE CHIRURGIE**
Association Malagasy de Chirurgie



Rupture spontanée de varices utérines au cours de la grossesse simulant une urgence digestive

Rakotonirina NP^{*1}, Rainibarijaona LN¹,
Harioly Nirina MOJ¹, Randriambololona DMA¹

¹CHU de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana, Antananarivo, Madagascar

Résumé

Nous rapportons un cas de rupture de varices utérines chez une primigeste de 30 ans, révélé par une douleur abdominale aiguë à 32 semaines d'aménorrhée. Les données de l'examen clinique et paraclinique orientaient vers une urgence digestive. La laparotomie réalisée en urgence permettait de poser le diagnostic et de réaliser le traitement.

Mots clés: Grossesse; Hémopéritoine; Laparotomie; Utérus; Varices

Abstract

Titre en anglais: Spontaneous rupture of uterine varicose veins during pregnancy simulating digestive emergency

We report a case of rupture of uterine varicose veins in a 30 year-old patient, primigravida, revealed by acute abdominal pain at 32 weeks of gestation. Findings from clinical and paraclinical examination directed towards gastrointestinal emergency. Laparotomy performed in emergency allowed diagnosis and treatment.

Keywords: Intraperitoneal hemorrhage; Laparotomy; Pregnancy; Uterus, Varicose veins

Introduction

Une rupture spontanée de varices utérines est rare. La symptomatologie est peu spécifique et le diagnostic se fait souvent en peropératoire [1,2]. Elle nécessite cependant une prise en charge en urgence car met en jeu le pronostic materno-fœtal. Nous en rapportons un cas simulant une urgence digestive chez une jeune nullipare afin de montrer les particularités de la prise en charge.

Observation

Madame RV, 30 ans, sans antécédent particulier, primigeste, enceinte de 32 semaines d'aménorrhée (SA), était admise aux urgences de l'hôpital de Befelatanana (Antananarivo, Madagascar) pour une douleur abdominale aiguë. La douleur était de survenue brutale, initialement de localisation pelvienne puis diffusait à tout l'abdomen, associée à des vomissements avec arrêt des matières depuis 24 heures sans arrêt des gaz. Aucune notion de traumatisme, de saignement génital ou de perte d'eau, de signe urinaire ou de signe fonctionnel d'hypertension artérielle n'a été décelé. A l'entrée, elle était apyrétique et stable sur le plan hémodynamique. L'abdomen était légèrement distendu, météorisé, douloureux dans sa totalité. Il n'y avait pas de contraction utérine et le col utérin était long et fermé. L'échographie obstétricale retrouvait une grossesse intra-utérine unique évolutive de bonne vitalité mais dont le poids était estimé à 1350g (5^{ème} percentile), un placenta homogène sans image d'hématome retro-placentaire (HRP), aucune image en faveur de rupture utérine ou d'épanchement péritonéal. Le rythme cardiaque fœtal (RCF) était normal. L'hémogramme révélait un taux d'hémoglobine à 11,6g/dl, normal pour le terme, une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles à $28.10^9/l$ et une hyperplaquettose modérée à $430.10^9/l$; la C-réactive protéine était à 32mg/l. Il était alors prescrit un antalgique, un antispasmodique, une antibiothérapie (amoxicilline acide clavulanique 3g/jour), une corticothérapie anténatale et une surveillance materno-fœtale rapprochée. Le lende-

main, l'état maternel s'était altéré avec accentuation de la douleur, hypotension à 80/40mmHg, tachycardie à 110/min, polypnée à 32/min, température à 38°C et apparition à la palpation d'une contracture abdominale généralisée. Le RCF était altéré avec une tachycardie à 180 battements par minute et un tracé micro-oscillant et non réactif. Une péritonite d'origine digestive était suspectée et une laparotomie avec extraction fœtale était indiquée en urgence. La césarienne première permettait d'extraire un garçon avec Apgar 4/6/8 pesant 1300g et un placenta sans hématome. L'exploration de la cavité péritonéale révélait ensuite un hémopéritoine évalué à 1000cm³ provenant d'une varice rompue et saignante au niveau de la corne utérine droite. L'hémostase était assurée par des points en X et le reste de l'exploration ne retrouvait aucune autre anomalie. Le nouveau-né était décédé après deux jours d'hospitalisation en néonatalogie. Les suites étaient simples pour la patiente.

Discussion

La survenue d'hémopéritoine par rupture de varices utérines est une situation méconnue car rare et peu décrite. Hodgkinson, de 1778 à 1950, avait recensé 75 cas pour lesquels la mortalité maternelle était de 49% pour les femmes non en travail et 76% pour celles en travail [3]. En 1987, Ginsburg actualise ces chiffres et retrouve 4% de mortalité maternelle et 31% de mortalité fœtale [4]. La rupture survient souvent au troisième trimestre de grossesse, plus rarement au deuxième, mais elle peut aussi avoir lieu en per ou post-partum [2]. La physiopathologie reste inconnue. Hodgkinson émet l'hypothèse que la rupture est consécutive à un effort : toux, port de charge lourde, rapports sexuels, effort de défécation ou d'expulsion [3]. La majorité des ruptures semblent toutefois être spontanées. Dubuisson pense que le réseau veineux utérin est plus fragile de par son absence de valve [5]. Pour Chung Fat, c'est l'augmentation en nombre et en calibre des vaisseaux utérins puis la distension et la tortuosité qui leur sont spécifiques qui favorisent la rupture [6]. Swangers incrimine la compression iliaque par l'utérus gravide empêchant un retour veineux optimal et favorisant l'apparition d'anévrysmes dans le réseau veineux en amont [7]. Takami évoque plutôt une fragilisation de la paroi des

* Auteur correspondant

Adresse e-mail: nivprisk@gmail.com

¹ Adresse actuelle: CHU de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana, Antananarivo, Madagascar

vaisseaux par un processus d'endométriose ou adhérentiel ancien [8]. Il n'y aurait pas de relation entre la survenue de ces varices et l'âge, la parité ou la gestité [2]. Le diagnostic de rupture de varice est difficile. Le tableau clinique est souvent celui d'une douleur abdominale basse d'apparition brutale se généralisant rapidement à l'ensemble du petit bassin voire de l'abdomen, accompagnée parfois de signes d'irritation péritonéale. Des troubles hémodynamiques peuvent s'installer en fonction de l'importance de l'hémorragie. L'échographie est l'examen de premier choix. L'intérêt de l'imagerie par résonance magnétique a été évoqué mais il n'est pas recommandé systématiquement dans cette indication [9]. En pratique, le diagnostic n'est que rarement posé avant l'exploration chirurgicale. Pittion avait attribué la symptomatologie d'une rupture de varice à un HRP [1] tandis que Roger pensait à une pyélonéphrite associée à une menace d'accouchement prématuré [2]. Plus généralement, l'apparition spontanée d'un hémopéritoine chez une femme enceinte peut être d'origine gynécologique (rupture utérine, placenta percreta, complication de myome utérin, pathologie annexielle), digestive (rupture d'adénome hépatique, rupture hépatique sur prééclampsie ou rupture spontanée de la rate) ou bien vasculaire (rupture d'anévrysme dans le cadre d'une périarthrite noueuse, infarctus rénal ou splénique, rupture d'anévrysme de l'artère splénique, rénale, ovarienne ou utérine) [2,9]. Chez notre patiente, le tableau associant douleur abdominale, syndrome pseudo-occlusif, contracture abdominale, syndrome inflammatoire biologique et absence d'élément obstétrical orientait vers une urgence plutôt digestive et l'apparition de signes de souffrance fœtale indiquait une extraction fœtale en urgence. Celle-ci n'est pas toujours nécessaire et devrait se décider en fonction de l'âge gestationnel et selon que la ligature vasculaire ait pu avoir lieu ou non avant l'installation de la souffrance fœtale [6]. Roger décrit un cas à 27SA qui a pu se terminer par un accouchement par voie basse à terme

[2]. Le risque de récurrence est incertain. Pittion propose un suivi par échodoppler sans que cela soit unanimement validé [1].

Conclusion

La rupture de varices utérines au cours de la grossesse est une situation rare mais grave. Malgré le fait que le diagnostic soit difficile et les signes souvent stéréotypés, cette pathologie doit toujours être évoquée devant une douleur abdominale accompagnée d'hémopéritoine après avoir éliminé les causes obstétricales. Le traitement constitue une urgence qui, gérée à temps, permet d'obtenir un bon pronostic obstétrical.

Références

- 1- Pittion S, Refahi N, Barjot P, Von Theobald P, Dreyfus M. Rupture spontanée de varices utérines au troisième trimestre de la grossesse. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2000 ; 29 : 801-2.
- 2- Roger N, Chitrit Y, Souhaid A, Rezig K, Saint-Leger S. Hémopéritoine par rupture de varices utérines en cours de grossesse. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2005 ; 34 : 497-500.
- 3- Hodgkinson CP, Christensen RC. Hemorrhage from ruptured utero-ovarian veins during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1950; 59: 1112-7.
- 4- Ginsburg KA, Valdes C, Schmider G. Spontaneous utero-ovarian vessel rupture during pregnancy. *Obstet Gynecol* 1987 ; 89 :474-6.
- 5- Dubuisson J, Pennehouat G, Rudigoz RC. Spontaneous rupture of the uterine pedicle during pregnancy : three case reports. *Gyneco Obstet Fertil* 2006 ; 34 : 711-5.
- 6- Chang Fat B, Terzibachian JJ, Lovera JC, Grisey A, Leung F, Riethmuller D. Maternal death after spontaneous rupture of a uterine artery immediately following delivery : a case report. *Gyneco Obstet Fertil* 2008 ; 36 : 1008-11.
- 7- Swangers MC, Hauspy JJ, Buytaert PM, De Maeseneer MG. Spontaneous rupture of utero-ovarian vessels during pregnancy. *Lancet* 1992 ; 340 : 240-1.
- 8- Takami I, Takayuki M, Ichiro N. Endometriosis and spontaneous rupture of utero-ovarian vessels during pregnancy. *Lancet* 1992; 340: 240-1.
- 9- Detriche O, Vaesen S, Carlier C, Dutranoy J-C, Givron O, Bosschaert P. Rupture spontanée de varices utérines pendant le troisième trimestre de grossesse : approche diagnostique par IRM. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2012 ; 41 : 370-3.