

RUPTURE UTERINE PAR ACCIDENT DE LA VOIE PUBLIQUE: A propos d'un cas.DAO B.^{1,2}; OUATTARA S.^{1,2}; SOME D.A.^{1,2}; SIOHO N.¹(Manuscript N° E136. Received 09/02/2009. Accepted in revised form 18/02/2009) **Clin Mother Child Health 2009; Vol 6, N° 1:1029-1031****RESUME:**

Un cas de rupture utérine par accident de la voie publique associée à une fracture de l'humérus droit et du bassin est décrit. Les pronostics maternels et foetal sont discutés à la lumière de la revue de la littérature.

MOTS CLES: Rupture utérine - Grossesse - Traumatisme abdominal - Accident de la voie publique.

UTERINE RUPTURE FOLLOWING A ROAD TRAFFIC ACCIDENT: A case report.**ABSTRACT:**

A case of a ruptured gravid uterus following a road traffic accident is presented. The case was associated with a right arm and pelvic fracture. Maternal and foetal outcomes are discussed in light of previous cases reported in literature.

KEY WORDS: Uterine rupture - Pregnancy - Abdominal trauma - Road traffic accident.

I- INTRODUCTION

Les ruptures utérines sont très fréquentes en Afrique et leur incidence est estimée à 1 pour 70 à 151 accouchements [1]. Les principales étiologies rapportées sont les suivantes [2, 3] : la disproportion foeto-pelvienne, les présentations dystociques et le mauvais usage des ocytociques. Parmi ces étiologies les traumatismes sont rarement en cause soit dans moins de 1% des cas [4]. Nous rapportons un cas de rupture utérine par traumatisme abdominal direct au cours d'un accident de la voie publique (AVP) survenu au Burkina Faso.

II- OBSERVATION

Mme T. D. 40 ans, 8^{ème} geste 7^{ème} pare avec 5 enfants vivants, est transférée dans notre service le 21 Juillet 2005 à 20H 40 minutes par les urgences chirurgicales

pour suspicion de rupture utérine par AVP sur grossesse de 8 mois environ.

A l'interrogatoire, l'accident serait survenu le même jour aux environs de 16 heures.

Mme T.D. voyageait dans un camion qui transportait des marchandises et des passagers. Ce camion s'étant renversé, Mme T.D. s'est retrouvée sur le dos et a reçu sur son abdomen des bagages.

Les premiers secours arrivés sur les lieux l'ont transportée dans un dispensaire qui l'a évacuée secondairement au CHU de Bobo Dioulasso au Burkina Faso.

L'examen à l'admission a noté une patiente consciente, se plaignant de douleurs diffuses notamment abdominales. L'examen général a révélé un état conservé avec une pâleur extrême des muqueuses conjonctivales, une tension artérielle à 80/60 mm Hg, un pouls radial de 124/mn et une température à 37,8°C. L'examen obstétrical a noté un abdomen douloureux dans son ensemble surtout au niveau sous ombilical, un utérus difficile à délimiter, une sensation de fœtus sous la peau et une absence des bruits du cœur fœtal. Au toucher vaginal, on notait un col centré, court, ramolli et déhiscent. Le reste de l'examen clinique ne notait aucune autre anomalie. Il fut conclu à une rupture utérine et une laparotomie fut indiquée.

La laparotomie faite le même jour retrouva un hémopéritoine de 1800 ml et un fœtus intra-abdominal

¹Département de Gynécologie, d'Obstétrique et de Médecine de la Reproduction

Centre Hospitalier et Universitaire Sourô Sanon de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

²Institut Supérieur des Sciences de la Santé (INSSA), Université Polytechnique de Bobo-Dioulasso (UPB), Burkina Faso

Correspondances: Pr. DAO B., Département de Gynécologie Obstétrique et de Médecine de la Reproduction du CHU Sourou Sanou. 01 BP 676 Bobo Dioulasso- Burkina Faso.

E mail: bdao@fasonet.bf

avec son placenta (poids = 2100g, sexe masculin, mort né frais, taille = 46 cm, Périmètre crânien = 30 cm, Périmètre thoracique = 29 cm). Après l'extraction du fœtus, l'exploration a permis de mettre en évidence une rupture utérine corporeale verticale, postérieure et latérale droite sur 13 cm. Une hystérorraphie a été faite associée à une ligature des trompes. L'abdomen a été fermé sur un drain (lame de Delbet) mis en place dans la gouttière pariéto-colique droite. En post opératoire la patiente bénéficia d'une triple antibiothérapie associant ampicilline, gentamycine et métronidazole.

Au troisième jour post opératoire, la patiente a signalé une impotence du membre supérieur droit. Une radiographie du dit membre et du bassin ont mis en évidence une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus droit et une fracture de la branche ischio-pubienne droite.

Les suites opératoires étaient simples et la patiente a été transférée en chirurgie au 6^{ème} jour post opératoire pour la prise en charge des fractures.

III- DISCUSSION

Les accidents de la circulation concernent les femmes enceintes dans 0,3 à 7% des cas [5,6]. Les conséquences sur ce terrain sont multiples tant pour la mère que pour le fœtus.

Parmi les atteintes de l'utérus gravide, le décollement placentaire serait la plus fréquente et s'observerait dans 20 -50% des cas notamment en cas de traumatisme sévère [4].

L'atteinte de l'utérus serait en rapport avec sa position abdominale du fait de la grossesse. Ceci expliquerait que la plupart des ruptures utérines par AVP surviennent surtout au 3^{ème} trimestre [7, 8] comme chez notre patiente.

En dehors de cette explication anatomique, la ceinture de sécurité jouerait également un rôle important dans ce type de rupture utérine tel que suggéré par certains auteurs [9, 10]. Chez notre patiente, il s'est agi d'un trauma direct par chute de bagage sur l'abdomen.

La rupture utérine par AVP siégerait préférentiellement au niveau du fond utérin [7].

Chez notre patiente le tableau clinique de rupture utérine était évident à l'admission même si certains auteurs [11] affirment que ceci est rarement le cas. En effet si la patiente présente d'autres traumatismes sévères, ils peuvent détourner l'attention de l'utérus ; ceci pouvant être source de retard de diagnostic de la rupture utérine. C'est dans ces cas que les investigations paracliniques notamment l'échographie obstétricale systématique gardent toute leur valeur [12].

A contrario, la découverte d'une rupture utérine peut masquer les autres lésions notamment osseuses. Ceci fut le cas chez notre patiente dont les fractures du bassin et de l'humérus ne furent découvertes que trois jours plus tard.

Le diagnostic de rupture utérine impose un geste chirurgical immédiat. La nature de ce geste (suture des lésions ou hystérectomie) dépend de l'étendue des lésions. Dans notre cas comme dans celui rapporté par DITTRICH [11], le traitement a été conservateur.

Le pronostic maternel dépend des lésions associées et de la rapidité de la prise en charge plus que de la rupture elle-même. Dans presque 100% des cas, comme ici, la mort fœtale est constante [13]. Cependant il semble que la mort fœtale ne soit pas corrélée à la sévérité du traumatisme maternel [14].

IV- CONCLUSION

Les ruptures utérines traumatiques sont rares. Chez toute femme enceinte impliquée dans un accident de la voie publique, il faut la rechercher activement car le tableau clinique à l'admission peut ne pas être franc. Cette rupture utérine peut être associée à d'autres lésions notamment osseuses qu'il faut rechercher systématiquement ■

REFERENCES:

1. Lankoandé J, Ouédraogo CMR, Touré B, Ouédraogo A, Akotionga M, Sano D, et al. A propos de 80 cas de ruptures utérines à la Maternité du Centre Hospitalier National de Ouagadougou, Burkina Faso. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1997 Dec; 26 (7) : 715-9.
2. Bambara M, Dao B, Koalaga AP, Bazié AJ, Yaro S, Yara JP. Les ruptures utérines. A propos de 37 cas à la Maternité du CHNSS de Bobo Dioulasso. *OCCGE-Information* 1996 Nov ; 107 : 23-6.
3. Diouf A, Dao B, Gaye A, Diallo D, Moreira P, Diadhiou F. Les ruptures utérines au cours du travail en Afrique Noire. Expérience d'une maternité de référence à Dakar (Sénégal). *Med Afr Noire* 1995 Nov; 42 (11) : 592-7.
4. Pearlman MD, Tintinalli JE, Lorenz RP. Blunt trauma during pregnancy. *N Engl J Med* 1990 Dec 6; 323(23):1609-13.
5. Ocelli B, Depret-Mosser S, Renault B, Therby D, Codaccioni X, Monnier JC. Traumatisme pelvien et grossesse. Une revue de la littérature à propos

- d'un cas. *Contracept Fertil Sex* 1998 Dec; 26(12):869-75.
6. Orji OE, Fadiora SO, Ogunlola IO, Badru OS. Road traffic accidents in pregnancy in Southwest Nigeria: a 21-year review. *J Obstet Gynaecol* 2002 Sep; 22(5):516-8.
 7. Onwudiengwu U, Okonofua FE, Omole-Ohonsi A. Rupture of the gravid uterus following a road traffic accident. *Int J Gynaecol Obstet* 1990 Nov; 33(3):273-4.
 8. Williams JK, McClain L, Rosemary AS. Evaluation of blunt abdominal trauma in the third trimester of pregnancy: maternal and fetal consideration. *Obstetrics & Gynecology* 1990 January; 75(1):33-7.
 9. Astarita DC, Feldman B. Seat belt placement resulting in uterine rupture. *J Trauma* 1997 Apr; 42(4):738-40.
 10. Pepperell RJ, Rubinstein E, MacIsaac IA. Motor-car accidents during pregnancy. *Med J Aust* 1977 Feb 12; 1(7):203-5.
 11. Dittrich KC. Rupture of the gravid uterus secondary to motor vehicle trauma. *J Emerg Med* 1996 Mar-Apr; 14(2):177-80.
 12. Osmers R, Ulbrich R, Schauer A et al. Sonographic detection of asymptomatic rupture of the uterus due to necrosis during the third trimester. *Int J Gynaecol Obstet* 1988 Apr; 26(2):279-84.
 13. Agran PF, Dunkle DE, Winn DG, Ken D. Fetal death in motor vehicle accidents. *Ann Emerg Med* 1987 Dec; 16(12):1355-8.
 14. Baerga-Varela Y, Zietlow SP, Bannon MP, Harmsen WS, Ilstrup DM. Trauma in pregnancy. *Mayo Clin Proc* 2000 Dec; 75(12):1243-8.

