

Rupture utérine sur mort fœtale intrautérine : Une complication du misoprostol et de l'ocytocine

P.M. Tebeu^{1,2,4}; L. Kouam¹; A.L. Major^{2,3}; F. Ludicke³; A.S. Doh¹

¹Département de Gynécologie-Obstétrique, Hôpitaux Universitaires Yaoundé-Cameroun,

²Département de Gynécologie-Obstétrique, Hôpitaux Universitaires Genève,

³Fondations pour Recherches Médicales - Genève.

⁴Correspondance:

**Tebeu Pierre Marie,MD.
Department of Obstetrics and Gynaecology
Geneva University Hospitals
30,Boulevard de la Cluse
1211 Geneve 14
Switzerland.
Phone:++41 79 5878622
Fax :++41 22 3824424
Email: .pmtebeu@yahoo.fr**

Résumé

La rupture utérine est une sérieuse qui menace à la fois pour la vie de la mère et du fœtus. Elle survient en général sur 0,1 à 1% des accouchements avec les taux les plus élevés sur utérus cicatriciel. Avec la vulgarisation de l'utilisation du misoprostol pour induction du travail, les cas de rupture sur utérus non cicatriciel deviennent fréquents. Nous rapportons un cas de rupture utérine sur utérus non cicatriciel chez une paucipare avec une mort foetale intra utérine à 24 semaines après utilisation du misoprostol et de l'ocytocine pour induction du travail. Ce cas montre bien l'extrême prudence qu'il faut garder pour utiliser le misoprostol qui pourrait néanmoins être intéressant en obstétrique

Mots Clés : Misoprostol, induction, rupture utérine.

Summary : Uterine rupture on a stillbirth : a complication of oxytocin and misoprostol.

Uterine rupture is a serious and often tragic complication that is life threatening to both mother and the fetus. It occurs at a frequency of about 0,1 to 1% with most cases on scarred uterus. With the increased use of misoprostol as a labor induction agent, cases of rupture of unscarred uterus following its use become frequent. We report a case of uterine rupture in a pauciparous woman with a stillbirth at 24 weeks gestation whose labor was induced with both misoprostol and oxytocin. Clinicians should be particularly careful in using misoprostol for induction of labor even in unscarred uterus.

Key words : Misoprostol, induction of labor, uterine rupture.

Introduction

La rupture utérine au deuxième trimestre sur un utérus non cicatriciel est rare. Nous en rapportons un cas survenu sous induction du travail sur mort fœtale intra-utérine à 24 semaines avec du misoprostol comprimé par application vaginale et du syntocinon en perfusion. La rupture utérine est une urgence obstétricale majeure au regard des risques de morbidité et de mortalité pour la mère et l'enfant (1,2,3,4). Elle survient sur environ 1 à 10 sur 1000 accouchements (5,6).

Présentation du cas

Mme M. P., 29 ans, G3 P2002, a été reçue le 3 janvier 1999 à la Maternité du CHU de Yaoundé pour prise en charge d'un hémopéritoine après expulsion d'un fœtus mort à 24 semaines. La prise en charge initiale était peu documentée. Elle avait été admise dans un centre médical deux jours au paravent pour prise en charge d'une mort fœtale intra-utérine. Le travail avait été induit avec du misoprostol comprimé par application vaginale de 200 mcg toutes les 12 heures pendant deux jours. A la suite de l'échec de l'expulsion du fœtus mort, il lui a été administré du syntocinon en perfusion. Il n'y avait pas de précision sur la quantité de syntocinon administrée, mais la patiente précisait que la perfusion a été commencée juste après l'application du dernier comprimé vaginal et qu'elle en a eu 3 perfusions avant l'expulsion du fœtus. Elle a eu de violentes douleurs abdominales pendant et après l'expulsion du fœtus, ce qui a justifié une échographie abdominale qui évoque la présence d'un hémopéritoine faisant suspecter une rupture utérine, motif de son évacuation.

A son admission, elle était asthénique. Elle buvait beaucoup et accusait une sensation de soif intense et des vertiges. A l'examen physique, elle était anxieuse et irritable, les conjonctives étaient bien colorées. La pression artérielle était de 110/60 ; le pouls à 112 / min et la température était de 37⁰c. L'abdomen n'était pas distendu. La palpation était douloureuse. Mais l'utérus était très mou. La vulve était souillée de sang. Le col était couvert de lochies, il n'y avait pas de lésion cervicale apparente. L'examen digital montrait un col court, mou et largement ouvert. Les annexes étaient très douloureuses à la palpation et surtout à droite. Devant la notion d'induction du travail et surtout utilisation combinée du misoprostol et de l'ocytocine, en présence de la douleur abdominale intense et l'hémopéritoine évoquée à l'échographie, nous avons conclu au diagnostic de rupture utérine.

La prise en charge a consisté en : une perfusion de 20 UI d'ocytocine diluée dans 500cc de sérum glucosé à 5% a été posé à 20 gouttes par minute. Une ampoule de méthyl ergométrine a été administrée par intraveineuse et une ampoule intra musculaire. Une laparotomie d'urgence a été indiquée et sitôt réalisée sous anesthésie générale. Le taux d'hémoglobine était de 9,3 g/100ml.

A la laparotomie, les constatations suivantes ont été faites : hémopéritoine de moyenne importance (600 cc), rupture utérine isthmique sur la paroi postéro latérale avec extension au niveau du ligament large du côté droit. A cet endroit, un hématome sous péritonéal s'était constitué et était estimé à 400 cc. Nous avons constaté un utérus mou, du tissu nécrotique à l'extension de la rupture sur le paramètre du côté droit au site de l'hématome, ce qui a justifié une hystérectomie subtotale. Les suites opératoires immédiates ont été sans problème. La patiente a reçu 500 cc de sang total pendant l'intervention. Le

taux de l'hémoglobine au 3^e jour était de 10,5 g/dl. La cicatrisation de la plaie opératoire s'est bien constituée. La patiente est sortie de l'hôpital au 9^e jour post opératoire bien portante.

Discussion

L'incidence de la rupture utérine est variable. Au Centre Hospitalier de Libreville au Gabon, Picaud (4) rapporte 1,4 ruptures utérines pour 1000 accouchements. A l'Hôpital Bawafi au Maroc, Mansouri (3) rapporte 4,55 ruptures utérines pour 1000 accouchements. Djoukang (7) au CHU de Yaoundé au Cameroun rapporte 2,9 ruptures utérines sur 1000 accouchements après une revue sur 10 ans, il précise que les étiologies sont dominées par la dystocie mécanique à 12.5%, l'usage des ocytociques et des manœuvres iatrogènes à 27,08 % chacune. Dans le cas objet de cette présentation, la patiente avait reçu deux ocytociques, dont l'ocytocine et le misoprostol.

Le misoprostol est un analogue de la Prostaglandine E1, indiqué pour la prévention et le traitement des maladies ulcéreuses peptiques. C'est aussi un puissant agent ocytocique qui initie le travail (8,9,10,11). Son utilisation est bien codifiée et nécessite beaucoup de précautions. Les complications maternelles et fœtales peuvent être observées (12,13). Dans le cas présenté ici la complication a été une rupture utérine. Le diagnostic de M.F.I.U. ne doit pas aboutir à un déclenchement immédiat dans les conditions hasardeuses, ce n'est pas une urgence vitale. La mauvaise condition obstétricale (BISHOP < 7) est habituellement une contre-indication au déclenchement immédiat du travail ; un délai est souvent nécessaire pour la préparation psychologique et la maturation du col. Dans le cas objet de cette discussion, l'induction a été faite au

misoprostol qui a des effets de maturation du col mais, il n'a pas abouti à l'expulsion du fœtus comme escompté (14). Janesh (15), rapporte que le mifépristone dilate et mûrit le col chez la femme gravide et non gravide. Les études de Suk Wai Ngai (16) montrent que le mifépristone et le misoprostol ont des effets similaires sur la maturation du col préalable à une aspiration utérine. Mais, Norman (17) rapporte que l'utilisation préalable du mifépristone avant le misoprostol augmente significativement l'activité utérine. Un cathéter ou une laminaire intracervical en association avec le misoprostol peut être envisagé d'emblée pour l'induction du travail (18). Dans le cas que nous présentons, Le misoprostol a été administré à la posologie de 200 mcg en application vaginale toutes les 12 heures pendant deux jours puis relayé par de l'ocytocine sans délai. Le protocole d'utilisation du misoprostol est inhabituel car les doses sont nettement supérieures à celles recommandées dans la littérature. Certaines équipes (10) proposent des doses de 25 mcg en application vaginale toutes les 4 heures dans un délai de 24 heures. Les mêmes auteurs rapportent que de fortes doses comme 50 à 100 mcg par application vaginale toutes les 4 heures ont des effets secondaires d'hyper stimulation surtout chez les multipares. Des résultats encourageants avec meilleure tolérance fœtale et maternelle en cas d'utilisation de dose unique de 50mcg ou avec 50 mcg deux fois par jour en application vaginale ont été prouvées (19). Dans les cas d'hyperstimulation utérine au cours de l'induction du travail par les prostaglandines, la rupture utérine n'est pas rarissime (20). Les auteurs (21,22) rapportent deux cas de ruptures utérines survenues au cours de l'induction du travail sur une grossesse à terme par le misoprostol avec une dose unique de 200 mcg pour le premier cas et 2 fois 25 mcg à intervalle de 4 heures pour le second cas. D'autres (9)

rapportent 2 cas de ruptures utérines après utilisation d'une dose unique de 200 mcg pour le premier cas et 100 mcg répétée après 24 heures, puis relayée par de l'ocytocine (2,5 UI dans 500 cc de Ringer) dans le second cas. Dans notre cas, le misoprostol a été utilisé à des doses de 400 mcg par jour en deux administrations quotidiennes. Ces doses sont supérieures à celles recommandées par la plupart des auteurs (13,23), ce qui a certainement conduit à la rupture utérine. Il est à noter que dans notre cas, l'ocytocine a été utilisée sans délai après la dernière dose de misoprostol (200 mcg). Les auteurs (13) recommandent un délai de 12 heures de temps. Le siège anatomique de la rupture utérine dans notre cas (isthmique postéro latérale) est similaire aux cas rapportés par les auteurs (13,20,21). Ce type anatomique de rupture est typique dans les cas de rupture sur utérus non cicatriciel (23). Nous avons procédé à une hystérectomie subtotale qui est l'une des approches chirurgicales pratiquées d'urgence en cas de rupture utérine (24). Nous avons discuté de la possibilité du traitement conservateur par parage et suture de la plaie de rupture qui est une attitude bien connue et pratiquée (19). Mais, le parage sur le tissu nécrotique imposant un temps relativement long, dans ce contexte d'urgence nous avons abandonné cette conduite.

Conclusion

La patiente a perdu son utérus à cause d'une prise en charge précipitée et non adaptée. Ce cas montre bien l'extrême prudence qu'il faut garder pour utiliser le misoprostol qui pourrait néanmoins être intéressant en obstétrique. Les complications obstétricales telle que la rupture utérine peuvent être évitées lorsque les petites doses de 25 mcg appliquées toutes les 4 heures dans un délai de 24 heures sont utilisées, les doses de 50 mcg à 100 mcg par

application vaginale toutes les 4 heures ont des effets secondaires d'hyperstimulation.

Références :

1. Fletcher H.; Hutchinson S. A retrospective review of pregnancy outcome after misoprostol(prostaglandin E1) induction of labour. West Indian Med J 2001;50(1):47-9.
2. Al-Hussaini T.K.; Uterine rupture in second trimester abortion in a grand multiparous woman. A complication of misoprostol and Oxytocin. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2001;96(2):218-9.
3. El Mansouri A. *Les ruptures utérines : A propos de 50 cas.* Rev Fr Gynecol Obstet 1995 ; 90 (4) : 208-214.
4. Picaud A. ; Nlome Nze A.R. ; Ogowet N. ; Mouely G. *Les ruptures utérines. A propos de 31 cas observés au Centre Hospitalier de Libreville (Gabon).* Rev Fr Gynecol Obstet 1989 ; 84 (5) : 411-416.
5. Khabbaz A.Y.; Usta I.M.; El-Hajj M.I.; Abu-Musa A.; Seoud M.; Nassar A.H. Rupture of an unscarred uterus with misoprostol induction: case report and review of literature. J Matern Fetal Med 2001;10(2):141-5.
6. Letourneur B.; Parant O. ; Tofani V. ; Berrebi A. Uterine rupture on unscarred uterus following labor induction for second trimester termination of pregnancy with oral misoprostol : conservative management. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2002;31(4):4:371-3.
7. Djoukang F. *Les ruptures utérines : Etude épidémiologique, étiologique, clinique, thérapeutique et évolutive à propos de 48 cas au CHU de Yaoundé.* Thèse de doctorat en médecine 1999.

8. Alcaide C. ; Sumpaico W. Intravaginal misoprostol in the management of prolonged pregnancies. *Philippine Sur J* 1989 ; 22 : 87-88.
9. Fletcher H. ; Mitchell S. ; Frederick J. ; Simeon D. ; Brown D. *Intravaginal misoprostol versus dinoprostone as cervical ripening and labor-inducing agents*. *Obstet Gynecol* 1994 ; 83 : 244-247.
10. Sanchez Ramos L. ; Kaunitz A. ; Del Valle G. ; Delke I. ; Schroeder P. ; Briones A. *Labor induction with the prostaglandin E1 methyl analogue misoprostol : an effective agent for cervical ripening and labor induction*. *Am J Obstet Gynecol* 1995 ; 172 : 1811-1816.
11. Wing D. ; Rahall A. ; Jones M. ; Goodwin M. ; Paul R. *Misoprostol : an effective agent for cervical ripening and labor induction*. *Am J Obstet Gynecol* 1995 ; 172 : 1811 - 1816.
12. Petri A.L.; Storstrommens Sygehus, Nykobing F.; Gynaekologisk Obstetrisk Afdeling. Uterine rupture during second trimester abortion induced with misoprostol. *Ugeskr Laeger* 2003;14;165(29):2894-5.
13. 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.
14. Merger R. ; Levy J. ; Melchior J. *Mort foetale in utero*. *Masson* 1985 ; 5 ; (2) : 231-237.
15. Janesh Gupta ; Nicholas johnson. *Effect of mifepristone on dilatation of the pregnant and non pregnant cervix*. *Lancet* 1990 ; 335 : 1238-40.

16. Suk Wai Ngai ; Kanna Chuen Au Yeung ; Terence Lao ; Pak Chung Ho.
Oral Misoprostol versus mifepristone for cervical dilatation before vacuum aspiration in first trimester nulliparous pregnancy : a double blind prospective randomised study. Br J Obstet Gynecol 1996 ; 103 : 1120 -123
17. Norman J.E. ; Thong K.J. ; Baird D.T. *Uterine contractility and induction of abortion in early pregnancy by misoprostol and mifepristone.* Lancet 1991 ; 338 : 1233-36.
18. Hern W.M. *Induced fetal demise and misoprostol in late abortion.* Int J Gynecol Obstet 2001;75(3):279-86.
19. Lokugamage A.U.; Forsyth S.F.; Sullivan K.R.; El Refaey H.; Rodeck C.H. *Randomized trial in multiparous patients: investigating a single versus two doses regimen of intravaginal misoprostol for induction of labor.* Acta Obstet Gynecol Scand 2003;82(2):138-42.
20. Maymon R. ; Shulman A. ; Pomerany M. ; Hltzimger M. ; Hainovich L. ; Bahary C. *Uterine rupture at term pregnancy with the use of intracervical prostaglandin E2 for induction of labor.* Am J Obstet Gynecol 1991 ; 165: 368-370.
21. Aguero O. *Uso de misoprostol en obstetricia.* Rev Obstet Gynecol Venezuela 1996 ; 56 : 67-74.
22. Benett B. *Uterine rupture during induction of labour at term with intravaginal misoprostol.* Obstet 1997 ; 89 : 832 - 833.

23. Cunningham F.G. ; Mac Donald P.C. ; Gant N. F. ; Leveno K. J. ; Gilstrap L.C III. *William Obstetrics*. Masson 1993 ; 19 : 543.
24. Lorraine M.S.; David B.S.; Richard H.P.; Daniel R.M. Emergency peripartum hysterectomy and associated risk factors. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168:879-83.