

anatomopathologiques de la CBP et de l'HAI. Le traitement combiné IS-AUDC semble être le traitement le plus efficace quoique l'obtention d'une rémission de la maladie demeure rare. La reconnaissance de ce syndrome est de ce fait primordiale afin d'adapter le traitement et prévenir l'évolution de l'hépatopathie vers la cirrhose et ses complications. Dans les stades avancés, le traitement de choix est la transplantation hépatique.

Références

- 1- Manns MP, Czaja AJ, Gorham JD et al. Diagnosis and management of autoimmune hepatitis. *Hepatology*. 2010;51:2193-213.
- 2- Lindor KD, Gershwin ME, Poupon R, Kaplan M, Bergasa NV, Heathcote EJ. Primary biliary cirrhosis. *Hepatology*. 2009;50:291-308.
- 3- Chazouillères O, Wendum D, Serfaty L, et al. Primary biliary cirrhosis-autoimmune hepatitis overlap syndrome: clinical features and response to therapy. *Hepatology* 1998; 28: 296-301.
- 4- European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: Management of cholestatic liver diseases. *J Hepatol* 2009;51:237-67
- 5- Boberg KM, Chapman RW, Hirschfield, Lohse AW, Manns MP, Schrumpf ES. Overlap syndromes: The International Autoimmune Hepatitis Group (IAIHG) position statement on a controversial issue.
- 6- Invernizzi P, Mackay IR. Overlap syndromes among autoimmune liver diseases. *World J Gastroenterol* 2008;14:3368-73

Meriem Serghini, Wafa Haddad, Sami Karoui, Nadia Ben Mustapha, Lamia Kallel, Monia Fekih, Jalel Boubaker, Azza Filali.

*Service de Gastro-entérologie A, Hôpital la Rabta, Tunis.
Faculté de Médecine de Tunis
Université Tunis El Manar*

Rupture utérine sur un placenta accreta à 13 semaines d'aménorrhée

Le placenta accreta est une affection dont l'évolution peut être grevée d'une lourde mortalité et morbidité maternelle, fœtale ou les deux. Il existe un risque majeur de rupture utérine spontanée dont le tableau clinique peut mimer celui d'un abdomen chirurgical (1).

Nous rapportons l'observation d'une rupture utérine spontanée sur un placenta accreta survenue sur une grossesse de 13 SA.

Observations

Il s'agit d'une patiente âgée de 42 ans, cinquième geste, deuxième pare : 2 accouchements par césarienne à un an d'intervalle. 2 fausses couches au 2ème mois révisées. La cinquième grossesse est une grossesse évolutive de 13SA ayant présenté une menace d'avortement en rapport avec un décollement trophoblastique antérieur de 16mmn, jugulée par des antispasmodiques et de la progestérone naturelle. Cinq jours après cet épisode, la patiente reconsulte en gynécologie pour des douleurs pelviennes et une asthénie profonde. L'examen clinique a objectivé des conjonctifs très pâles, une température à 37,9 °c, une TA à 10/5 et un pouls à 82 BPM. L'examen

abdominal trouve une sensibilité diffuse sans contracture. Au toucher vaginal le col est long, fermé et postérieur. Il n'y a pas de saignement au spéculum. L'échographie obstétricale montre une grossesse mono fœtale évolutive de 13 SA et un décollement trophoblastique antérieur de 12 mm. A l'échographie abdominale, on note un épanchement échogène de moyenne abondance. L'appendice n'était pas vu. La patiente a été adressée au service de chirurgie générale où une laparotomie était réalisée pour suspicion de péritonite appendiculaire qui a révélé un hémopéritoine de 2 litres et un utérus gros comme 16 SA, siège d'une rupture segmentaire au niveau de l'angle gauche de 1,5 cm de diamètre faisant déborder du trophoblaste. Les annexes étaient normales ainsi que la face postérieure de l'utérus et l'appendice. Une évacuation fœtale a été réalisée avec une suture utérine après clivage placentaire difficilement obtenu. Une inertie utérine avec état de choc hémorragique s'est installée et était résistante à la sulprostone et à la ligature des artères hypogastriques. La patiente a eu une hystérectomie d'hémostase et a été transfusée par 9 culots globulaires et 12 poches de plasma frais congelé. Les suites opératoires étaient simples et la patiente était autorisée à quitter l'hôpital au cinquième jour post opératoire. L'examen histologique de la pièce d'hystérectomie conclut à un placenta accreta.

Conclusion

La rupture utérine survenant suite à un placenta accreta peut se voir à n'importe quel âge de la grossesse. Devant des facteurs de risques, il faut savoir suspecter le diagnostic même devant un tableau clinique souvent peu évident ou simulant un tableau chirurgical et tenter de faire un diagnostic prénatal afin de pouvoir préparer la femme à une éventuelle hystérectomie. Celle-ci est le plus souvent imposée par une hémorragie massive résistante à toute autre thérapeutique. Cependant, certaines équipes médicales tentent un traitement conservateur mais qui se solde souvent par une hystérectomie et il est grevé d'un certain nombre de complications. La prise en charge en charge du placenta accreta n'est pas encore consensuelle et l'adoption d'une telle ou telle méthode dépend de la gravité du tableau clinique initial

Références

- 1 - Spontaneous uterine rupture as an unusual cause of abdominal pain in the early second trimester of pregnancy. V. Hlibezuk. *J Emerg Med*. 2004; 27:143-5.

Daaloul Walid, Khoudaier Mouna, Ouerdiane Nadia, Masmoudi Abdelwaheb, Ennine Inès, Ben Hamouda Sonia, Bouguerra Badreddine, Sfar Rachida

*Service de Gynécologie obstétrique B, Hôpital Charles Nicolle, Tunis 1006
Boulevard 9 Avril 1938
Faculté de Médecine de Tunis
Université Tunis El Manar*