

Cas clinique

Grossesse sur Cicatrice de Césarienne : Apport de L'échographie dans le Diagnostic et la Prise en Charge

Role of Ultrasound in the Management of Cesarean Scar Ectopic Pregnancy..

Belinga Etienne¹, Mbo Amvene Jérémie², Hanen Chatour³, Ali El Housseini³, Voulgaropoulos Michel³, Dauptain Gilles³, Cordesse Alain³, Nko'o Amvene Samuel⁴

1 CHRACERH et Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I- Cameroun .

2 Hopital Régional de Ngaoundéré, Ngaoundéré, Cameroun.

3 Centre Hospitalier de Gonesse. 25 Rue Bernard Février. 95503 Gonesse, France

4 Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I, Cameroun.

Auteur correspondant : Dr Belinga Etienne E-mail : belingaetienne@yahoo.fr; tel : (00237) 77302569.

RÉSUMÉ

Nous rapportons le cas d'une grossesse ectopique sur cicatrice de césarienne diagnostiquée à 5 semaines d'aménorrhée chez une patiente de 36 ans, 5^{ème} geste et 3^{ème} pare. Grâce à l'échographie endovaginale le diagnostic a été précoce. La patiente a eu un traitement conservateur avec succès. Nous discutons le diagnostic et le traitement pour contribuer à améliorer la prise en charge.

MOTS CLÉS : grossesse ectopique, cicatrice de césarienne, embolisation utérine.

ABSTRACT

We report the case of a cesarean scar ectopic pregnancy, diagnosed at 5 weeks of gestation, in a 36 years old patient, 5 pregnancies and 3 deliveries. The diagnosis was made early using a transvaginal ultrasound probe. The patient was treated conservatively with success. We then discuss diagnosis and treatment to help improve management.

KEY WORDS : ectopic pregnancy, caesarean scar, uterine embolization.

INTRODUCTION

La grossesse sur cicatrice de césarienne est une grossesse ectopique de localisation cervico-isthmique et cicatricielle. L'incidence est estimée entre 1 : 1800 [1], et 1 : 2216 grossesses, [2]. Seules des rapports de cas et des séries limitées ont été retrouvés dans la littérature [1-4]. Elle présente un risque d'hémorragie massive et incontrôlable. La méconnaissance ou le diagnostic tardif pourraient être associés à une morbidité grave telle que les métrorragies [5], la rupture utérine [2] ainsi que des séquelles obstétricales irréversibles. L'hystérectomie constitue le traitement de référence en cas d'hémorragie massive [6].

Le diagnostic précis initial a permis un traitement conservateur avec succès. Les éléments du diagnostic échographique que nous avons présentés pourraient contribuer à l'amélioration de la prise en charge de la grossesse développée sur la cicatrice de césarienne.

CAS CLINIQUE

Il s'agit d'une patiente de 36 ans 5^{ème} geste et 3^{ème} pare, dont une fausse couche spontanée, et trois césariennes. La dernière césarienne remonte à septembre 2009. Le retour de couches s'est fait en décembre 2009. La date des dernières règles (DDR) normale remonterait au 15 février 2010 où elle avait saigné normalement pendant 5 jours. Le 5 mars, elle a de nouveau saigné pendant 2 jours. Elle n'avait pas de contraception et avait déjà été

opérée d'appendicite. Elle est venue consulter à 5 semaines d'aménorrhée pour douleur pelvienne modérée. Douleur isolée depuis 4 jours qui était accentuée par l'effort physique. L'état hémodynamique était stable. L'abdomen était souple avec une légère sensibilité pelvienne. Sur le plan gynécologique l'utérus était de taille normale avec un col sensible à la mobilisation. Les annexes ne présentaient ni masse ni douleur. Une échographie pelvienne puis endovaginale aux urgences a permis de suspecter le diagnostic de grossesse cervicale évolutive. L'échographie de référence immédiatement faite a permis de préciser la localisation cervico-isthmique sur cicatrice ainsi que les rapports anatomiques et vasculaires de l'œuf ectopique (figures 1-3).

Un trophoblaste principalement situé entre la vessie et la paroi antérieure de l'utérus dont l'épaisseur était de 7,1 mm (figure : 1)

Une cavité utérine vide (figure : 1);

Sur la coupe sagittale passant par le sac gestationnel, et montrant le col sur toute sa longueur ainsi que la cavité utérine, il y avait une discontinuité de la paroi antérieure en regard du trophoblaste et de la vessie (figures: 1).

Le bilan biologique et pré-thérapeutique fait a montré : β -hcg : 18920 UI/L, hémoglobine : 11,5 g/dl, plaquettes : 366000/ μ l, globules blancs : 6700/ μ l. ASAT : 13 UI/L, ALAT : 10 UI/L, créatininémie : 72 μ mol/L. Après une consultation pré anesthésique la patiente a été

hospitalisée. Une information claire sur le diagnostic et les approches thérapeutiques a été délivrée à la patiente. Elle a été consentante pour un traitement conservateur. Elle a reçu le méthotrexate 100 mg en 48h d'intervalle (J0 et J3), embolisation des artères utérines à J2, le contrôle des flux doppler était de type veineux (figure 4). L'évolution des β -hcg entre le diagnostic et le curetage est illustrée (figure: 5). Le curetage a été fait sous contrôle échographique à J6. Le taux d'hémoglobine à J1 postopératoire était de 9,1g/dl et les β -hcg à 5003 UI/L. La patiente a été observée pendant 7 jours dans le service avec une évolution satisfaisante. La sortie s'est faite à J15, puis un mois plus tard, elle a eu ses règles normales.



Figure 1: coupe sagittale par une sonde endovaginale montrant les repères pour un diagnostic de la grossesse sur cicatrice : * : canal cervical, ° : cicatrice de césarienne bien visibles en regard du sac gestationnel § : Vésicule vitelline, & : la vessie, μ :



endomètre vide.

Figure 2 : hyper-vascularisation péri-ovulaire avec protrusion des vaisseaux dans la cavité vésicale.



Figure 3 : artère utérine droite, nourricière du sac gestationnel

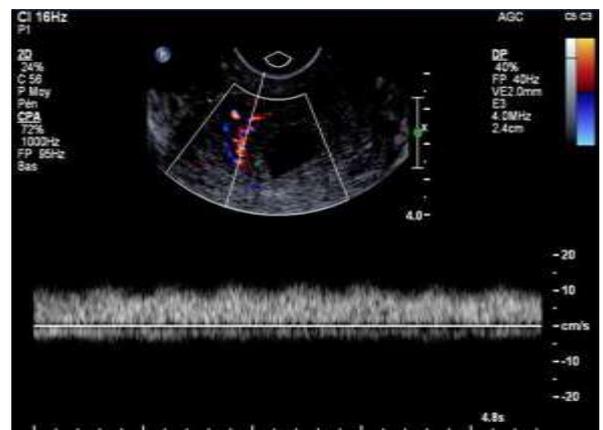


Figure 4 : doppler vasculaire de type veineux après embolisation bilatérale des artères utérines.

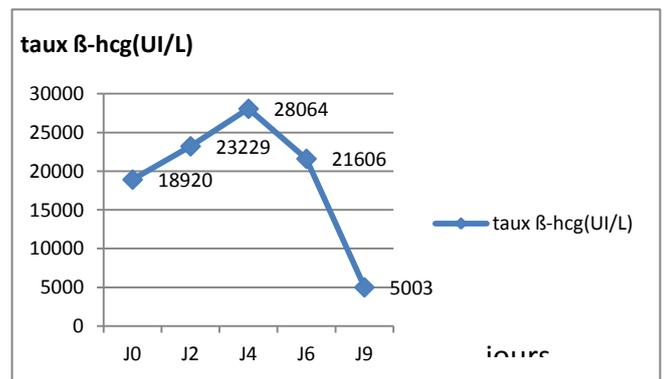


Figure 5 : Evolution du taux des β -hcg entre le diagnostic et le curetage

DISCUSSION

Incidence, facteurs de risques et physiopathologie

L'incidence de la grossesse sur cicatrice de césarienne serait de 1:1800 grossesses [1], ou de 1:2216 grossesses [2]. Le risque de placenta prævia augmenterait avec le nombre de césariennes antérieures. Il serait de 4,5 pour une cicatrice, à 7,4 pour deux cicatrices, puis 6,5 pour trois cicatrices et 44,9 pour au moins quatre cicatrices [7]. La patiente avait trois césariennes antérieures. Le placenta prævia est un facteur de risque majeur d'accrète (RR= 2065). L'insertion du placenta sur la cicatrice de césarienne est un risque d'accrète (RR= 4,5)[8]. L'âge de plus de 35 ans augmenterait ce risque s'il y a insertion antérieure ou centrale du placenta associée à une cicatrice 30,3 % contre 14,6 % en cas d'absence de cicatrice [13]. Ces facteurs de risque ont été retrouvés chez notre patiente. Les autres facteurs de risques décrits sont: les manœuvres endo-utérines antérieures, le nombre (≥ 2) et l'indication (présentation de siège) des césariennes [9 et10], la fécondation in vitro [11]. Un quart de cicatrices de césarienne, seraient défectueuses [7] et présenteraient une déformation en baïonnette au niveau de la paroi utérine antérieure lorsqu'elles sont examinées en coupe sagittale en échographie endovaginale par une sonde à haute fréquence ou en hystérosonographie [2]. Notre patiente avait un utérus tri cicatriciel. Elle aurait une mauvaise cicatrisation. La fibrose et la faible vascularisation de la région seraient responsables d'une cicatrisation insuffisante et plus large sur un utérus multi cicatriciel[9]. Le risque d'insertion cicatricielle de l'œuf serait augmenté chez cette patiente.

Diagnostic

La clinique peut être asymptomatique. Une étude de série avait retrouvé jusqu'à 40% de patientes ne manifestant ni douleur ni saignement vaginal [14]. Le saignement irait de simples spotting à une hémorragie massive menaçant la vie. Il peut être spontané ou iatrogène à la suite d'un curetage. Une erreur diagnostique et une prise en charge comme fausse couche par curetage d'emblée pourraient entraîner une hémorragie massive[5 et15]. La douleur pelvienne était le maître symptôme. Le diagnostic biologique n'était plus nécessaire, l'œuf était bien individualisé à l'échographie avec une activité cardiaque embryonnaire (figure 1). Le dosage des B-hcg était utile pour la surveillance post-thérapeutique.

Le diagnostic de certitude a été posé grâce aux signes échographiques décrits pour la première fois par Vial [16], voire (figure 1).

L'hyper vascularisation péri trophoblastique mise en évidence par les flux doppler couleur (figure 2)[1]. Elle n'est pas habituelle sur la cicatrice en cas de grossesse endo-utérine. D'autres auteurs l'ont confirmé [2 et14]. Au doppler pulsé, l'activité cardiaque embryonnaire a été objectivée. Son absence aurait fait rechercher, le « negative sliding organ sign » [1]. En effet, il s'agit d'exercer une pression douce sur le col utérin à l'aide de la sonde endovaginale pour observer un éventuel glissement du sac gestationnel entre les parois antérieure

et postérieure. L'absence de déplacement du sac conforterait l'hypothèse diagnostique de grossesse sur cicatrice.

Les autres signes : par échographie pelvienne vessie pleine (bombement du segment inférieur de l'utérus dans la cavité vésicale)[15], en mode 3D, en imagerie par résonance magnétique n'ont pas été recherchés. Ces examens ne sont pas recommandés en routine [17].

Les diagnostics différentiels à évoquer échographiquement sur un utérus cicatriciel sont:

- La grossesse cervicale: l'implantation est dans le canal cervical. L'orifice interne est fermé au-dessus de l'œuf.
- La grossesse isthmique: le trophoblaste n'est pas principalement situé en regard de la rupture de la continuité de la paroi antérieure. La grossesse est bas insérée. Elle pourrait migrer plus tard dans la cavité utérine.
- La fausse couche en cours: « negative sliding organ sign » est négatif dans ce cas. Il n'y a pas d'hyper vascularisation péri trophoblastique. Une échographie antérieure pourrait avoir localisé l'œuf évolutif dans la cavité utérine.

Traitement

Le traitement considère l'âge gestationnel, les moyens thérapeutiques disponibles, le désir de fertilité ultérieure de la patiente, l'expérience de l'équipe thérapeutique, et les complications d'une thérapeutique de première ligne. L'évolution spontanée peut se faire vers la rupture utérine [14] en cas d'expectative. Le curetage pourrait entraîner une hémorragie grave nécessitant une hystérectomie totale de sauvetage [15]. Quant aux traitements conservateurs médicamenteux, le méthotrexate peut être administré en injection intramusculaire seule ou dans une association avec l'aspiration écho guidée [2]. Une injection intra-ovulaire de méthotrexate ou de chlorure de potassium peut être réalisée [11]. Le curetage aspiratif d'emblée peut se faire sous contrôle échographique pelvienne ou endorectale[10], suivi d'une sonde de Foley et/ou d'un tampon vaginal. La laparoscopie et la laparotomie peuvent permettre une résection complète de la cicatrice et du tissu trophoblastique [2 et6]. L'hystérocopie opératoire permettrait une régression rapide des β -hcg en moyenne sur un mois[18]. Nous avons associé une embolisation bilatérale des artères utérines après injection systémique du méthotrexate suivie d'aspiration sous contrôle échographique. L'évolution a été favorable. Ce succès a probablement été dû au diagnostic précoce et précis et à l'âge gestationnel. L'échographie permettrait dans le suivi d'affirmer la vacuité, l'absence de rupture ou de perforation utérine. À distance on pourrait apprécier la qualité de la cicatrice. En cas de grossesse ultérieure la localisation précoce du site d'implantation trophoblastique sera utile.

CONCLUSION

La grossesse sur cicatrice est une complication tardive de la césarienne. Elle peut être classée au même niveau de gravité que le placenta accreta. L'intérêt d'un diagnostic précoce réside dans la possibilité de choisir une thérapeutique adaptée en fonction du plateau technique et du désir de la patiente. Ceci pourrait limiter les complications hémorragiques graves qui très souvent s'accompagnent d'hystérectomie totale compromettant ainsi la fertilité ultérieure de la patiente quand le décès maternel a pu être évité.

L'échographiste de nos jours, dans un contexte clinique évocateur de grossesse sur utérus cicatriciel devrait s'activer à rechercher en cas de localisation cervico-isthmique, tous les signes échographiques conventionnels couplés au mode doppler couleur et pulsé ainsi que la mesure des flux, le « negative sliding organ sign » pour récuser une éventuelle localisation sur cicatrice de césarienne. L'intérêt est d'adapter la prise en charge de cette forme ectopie gravidique au contexte en limitant la morbi-mortalité y relative.

RÉFÉRENCES

1. **Jurkovic D, Hillaby K, Woelfer B, Lawrence A, Salim R, Elson CJ.** First-trimester diagnosis of pregnancy implanted into the lower uterine segment cesarean section scar. *Ultrasound obstet gynecol.* 2003;21:220-27.
2. **Seow KM, Huang LW, Lin YH, Yan-Sheng Lin M, Tsai YL, Hwang JL.** Cesarean scar pregnancy: issues in management. *Ultrasound obstet gynecol.* 2004;23:247-53.
3. **Riethmuller D, Courtois L, Maillet, Schaal J-P.** Prise en charge de la grossesse extra-utérine : les autres ectopies (cervicales et abdominales). *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2003;32:101-08.
4. **Maheut L, Seconda S, Bauville E, Levêque J.** Grossesse sur cicatrice de césarienne : un cas clinique de traitement conservateur. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2010;39:254-58.
5. **Damarey I, Durant-Reville M, Robert Y et Leroy JL.** Fait clinique diagnostic d'une grossesse ectopique sur cicatrice de césarienne. *J Radiol.* 1999;80:44
6. **Chetty M, Elson J.** Treating non-tubal ectopic pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2009;23:529-38.
7. **Jannet D, Jerbi M.** Utérus cicatriciel. In: cabrol D, Pons J-C, Goffinet F, editors. *Traité d'obstétrique.* Paris: Flammarion Médecine-Sciences ;2003.p.337-45.
8. **Miller D A, Chollet JA, Murphy Goodwin T.** Clinical risk factors for placenta praevia - placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol.* 1997;177:210-14.
9. **Maymon R, Halperin R, Mendlovic S, Schneider D, Herman A.** Ectopic pregnancies in a caesarean scar: review of the medical approach to an iatrogenic complication. *Hum Reprod Update.* 2004;10:515-23.
10. **Maymon R, Halperin R, Mendlovic S, Schneider D, Vaknin Z, Herman A et al.** Ectopic pregnancies in cesarean section scars: the 8-years experience of one medical center. *Hum Reprod.* 2004;19:278-84.
11. **Salomon LJ., Fernandez H, Chauveaud A, Doumerc S, Frydman R.** Successful management of a heterotopic Caesarean scar pregnancy: potassium chloride injection with preservation of the intrauterine gestation: Case report. *Hum Reprod.* 2003;18:189-91.
12. **Uszynski W, uszynski M.** placenta accreta: epidemiology, molecular mechanism(hypothesis and some clinical remarks. *Ginekol pol.*2004;75-8. Abstract Pubmed
13. **Usta IM, Hobeika EM, Abu Musa AA, Gabriel GE, Nassar AH.** Placenta previa-accreta:risk factors and complications. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;193:1045-9.
14. **Rotas MA, Haberman S, Levgur M.** Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis, and management. *Obstet Gynecol.* 2006;107:1373-81. (Abstract Pub Med)
15. **Moschos E, Twickler DM.** First trimester diagnosis of cesarean scar ectopic pregnancy. *J clin ultrasound.* 2008;36:504-11.
16. **Vial Y, Petignat P, Hohlfeld P.** Pregnancy in a cesarean scar. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2000;16:592-3.
17. **Takeda A, Koyama K, Imoto S, Mori M, Nakano T, Nakamura H.** Diagnostic multimodal imaging and therapeutic transcatheter arterial chemoembolization for conservative management of hemorrhagic cesarean scar pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* In press.
18. **Deans R, Abbott J.** Hysteroscopic management of cesarean scar ectopic pregnancy. *Fertility and sterility,* 2010.93(6):1735-40.