

Grossesse cornuale, entre traitement médical et chirurgical : Une entité rare de grossesse extra-utérine (A propos de deux cas)

[Cornual pregnancy, between medical and surgical treatment : A rare entity of ectopic pregnancy (About two cases)]

K. El Matar¹, R. Watfeh¹, K. Tamim¹, S. Bargach¹, M. Elyousfi¹, A. Drissi Mniani², L. Chat², and N. Allali²

¹Service de gynécologie-obstétrique, oncologie et grossesse à haut risque, Hôpital Maternité Souissi, Rabat, Morocco

²Service de radiologie, Hôpital d'enfants, CHU Avicenne, Rabat, Morocco

Copyright © 2021 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the **Creative Commons Attribution License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: Cornual pregnancy is a rare form of ectopic pregnancy, involving the uterine horn. It constitutes a gynecological emergency due to the major risk of cataclysmic uterine rupture which can jeopardize the maternal vital prognosis. Its seriousness lies mainly in the diagnosis.

The management of this formerly exclusively surgical pathology has evolved to medical treatment, or even the abstention from any therapy. Our main objective is to assess the effectiveness of the different types of care offered to these two patients.

KEYWORDS: Ectopic pregnancy, corneal pregnancy, surgery, uterine rupture.

RESUME: La grossesse cornuale est une forme rare des grossesses ectopiques, au niveau de la corne utérine. Elle constitue une urgence gynécologique par le risque majeur de rupture utérine cataclysmique pouvant mettre en jeu le pronostic vital maternel. Sa gravité réside essentiellement dans le diagnostic.

La prise en charge de cette pathologie autrefois exclusivement chirurgicale, a évolué jusqu'aux traitements médicaux, voire l'abstention de toute thérapeutique. Notre objectif principal est d'évaluer l'efficacité des différents types de prise en charge proposés à ces deux patientes.

MOTS-CLEFS: Grossesse ectopique, grossesse cornuale, chirurgie, rupture utérine.

1 INTRODUCTION

La grossesse extra-utérine (GEU) représente 1 à 3 % des grossesses. La localisation cornuale, définie par l'implantation d'un sac gestationnel dans la corne d'un utérus, survient dans 2 % des cas [1]. Bien que de localisation anatomique diverse, il est usuel de regrouper sous le terme générique de grossesse cornuale, les grossesses à proprement parler cornuales, mais également les grossesses angulaires et interstitielles.

Son traitement repose sur l'expulsion de la grossesse et l'hémostase de la corne utérine en cas de rupture hémorragique. Les deux techniques d'hémostase de la corne utérine sont la cornuotomie avec suture ou la résection de la corne utérine avec salpingectomie le plus souvent par coelioscopie [2].

2 MATERIEL ET METHODES

Il s'agit d'étude rétrospective descriptive de deux cas de grossesse cornuale, menée et pris en charge au service de gynécologie-obstétrique à la maternité Souissi de Rabat.

2.1 CAS N°1

Il s'agit d'une femme âgée de 36 ans, deuxième geste, nullipare avec une fausse couche spontanée; admise aux urgences pour des métrorragies noirâtres minimes avec une aménorrhée de 12 semaines. L'examen clinique trouve une légère sensibilité hypogastrique latéralisée à gauche. L'échographie pelvienne a objectivé un épaissement de l'endomètre sans sac gestationnel visible. Le taux initial des β HCG était à 550,2 mUI/ml. BHCG de 48h à 620mUI/L et une échographie de contrôle sans particularité. Une IRM pelvienne a été ensuite réalisée afin de bien localiser la grossesse ainsi qu'à la recherche d'une éventuelle malformation utérine. L'IRM a objectivé une grossesse interstitielle gauche avec un sac gestationnel mesurant 48x37mm sans épanchement dans le cul de douglas (figure 1). Devant l'état hémodynamique stable de la patiente et le bilan biologique; hépatique et rénal correct, nous avons opté pour un traitement conservateur par une injection unique de 60 mg de Méthotrexate. L'évolution était marquée par la décroissance des taux β HCG jusqu'à négativation 15 jours après.

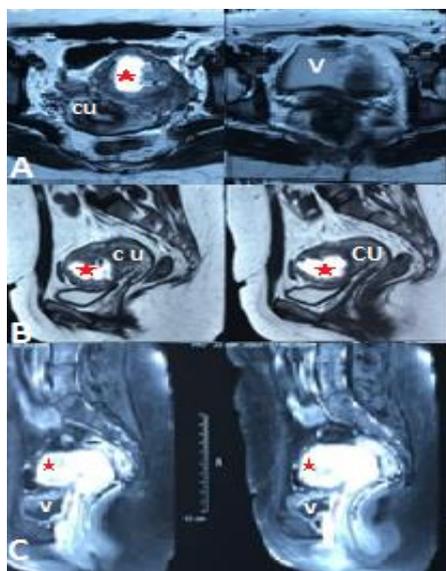


Fig. 1. IRM pelvienne avec des séquences axiales T2 (Fig. A), sagittale T2 (Fig. B), et des séquences sagittales T1 après injection de GADOLINIUM (Fig. C) objectivant la présence d'un sac gestationnel (étoile) localisée au niveau de la paroi antérieure de la région cornuale gauche mesurant 48x37mm en rapport avec une grossesse ectopique interstitielle

V: vessie, CU: corps utérin, étoile: grossesse ectopique

2.2 CAS N° 2

C'est une patiente de 31 ans, sans antécédents pathologiques notables, deuxième geste primipare, la 1ère grossesse c'était un accouchement par césarienne pour présentation de siège, admise aux urgences pour des douleurs pelviennes latéralisées à gauche avec métrorragies sur aménorrhée de 8 semaines et un jour. L'examen clinique retrouve un état hémodynamique stable, métrorragies de faible abondance d'origine endo-utérine avec au toucher vaginal l'utérus augmenté à deux travers de doigts au-dessus de la symphyse pubienne sans masse latéro-utérine palpable ni cri du douglas. L'échographie a objectivé un utérus gravide contenant un sac gestationnel inséré dans la corne utérine droite avec un embryon viable de 8 semaines d'aménorrhée. Le taux de BHCG était à 56451.5UI/L Nous avons réalisé une cornuostomie avec évacuation de la grossesse et suture de la corne utérine. Les suites opératoires ont été simples avec surveillance post-opératoire du taux de BHCG à 3561.3 UI/L et 1464.7UI /L respectivement. La surveillance hebdomadaire de BHCG sans administration de MTX a été décidée et l'évolution a été marquée par la décroissance jusqu'à négativation de BHCG au bout de deux semaines.

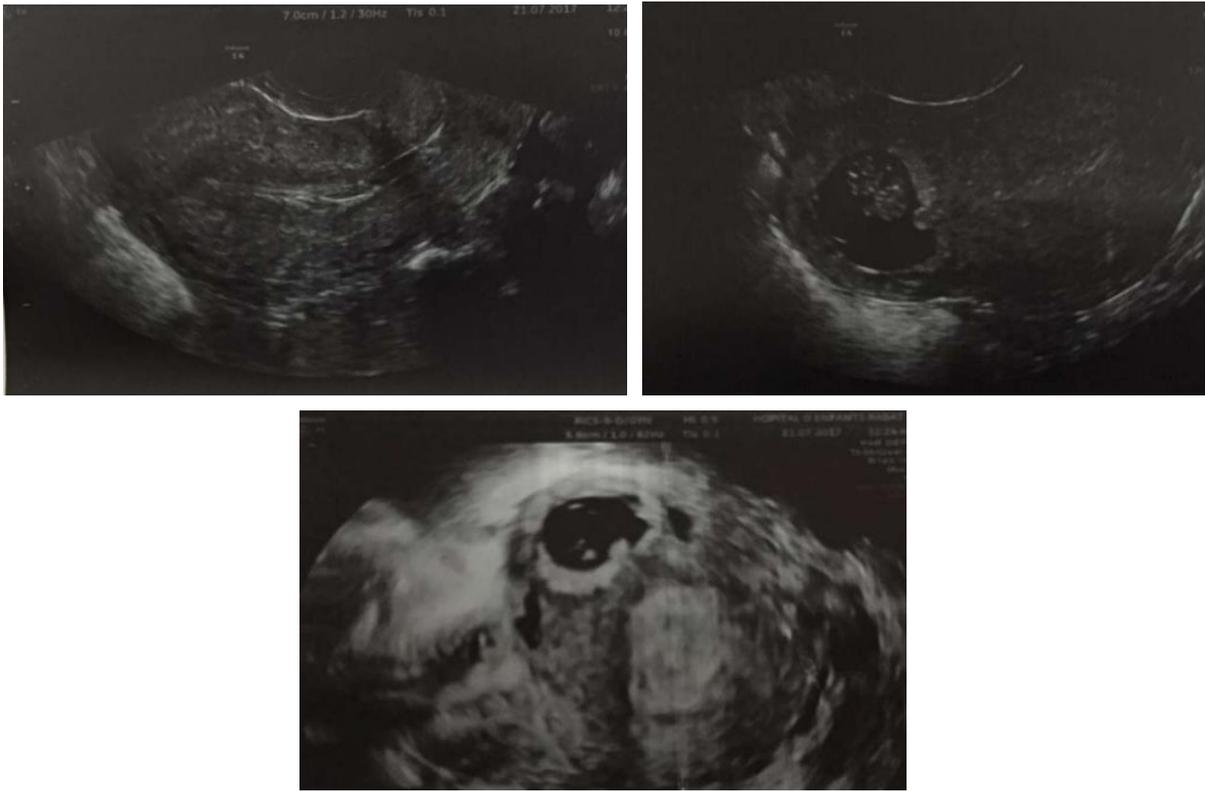


Fig. 2. Images échographiques montrant la grossesse cornuale



Fig. 3. Image au cours de l'opération montrant la grossesse cornuale avant évacuation



Fig. 4. Image montrant l'embryon et le trophoblaste après évacuation

3 DISCUSSION

Les GEU interstitielles, angulaire et cornuales sont souvent regroupées, notamment dans la littérature anglo-saxonne où elles sont synonymes, et représentent une entité Clinique et thérapeutique. Au sens strict du terme, la GEU interstitielle se développe dans la portion intramurale de la trompe. Le sac gestationnel est placé à côté du ligament rond [3]. La GEU angulaire se développe au niveau de l'ostium tubaire au fond de la corne utérine. A la différence de la GEU interstitielle, elle est située dans l'axe du ligament rond. Le risque de rupture est moindre puisque l'implantation a lieu dans la cavité utérine [3]. La GEU cornuale est définie par une implantation du sac dans la corne rudimentaire d'un utérus bicorne. Par extension sont parfois regroupées sous cette définition les grossesses implantées dans la corne d'un utérus cloisonné ou sur le moignon d'une trompe chez une patiente ayant bénéficié d'une salpingectomie [3].

Ces grossesses représentent environ 2% des GEU [4] et ont un taux de mortalité de 2-2.5%, doublé par rapport aux GEU tubaires [5].

Selon Tharaux-Deneux, l'âge maternel accroît de façon significative le risque de GEU après l'âge de 28 ans [6], indépendamment de la plus longue exposition aux divers facteurs de risque. La moyenne d'âge dans notre étude était de 33ans et demi.

Dans la plupart des études, la GEU est associée à une faible parité [7]. Ce qui concorde avec notre étude. La nulliparité vient en tête, suivie de la primiparité alors que la multiparité vient en troisième position.

Les facteurs de risque sont similaires à ceux de la GEU tubaire. L'antécédent de salpingectomie est également retrouvé dans 25-40 % des cas [8]. Simpson et al. rapportent 46 cas de GEU cornuales après salpingectomie ipsilatérale [9]. La PMA est reconnue comme facteur de risque, augmentant surtout le risque de grossesse hétérotopique (coexistence d'une grossesse intra et extra-utérine) [10], [11]. Les antécédents d'utérus bicorne ou pseudo unicorne avec une trompe rudimentaire qui sont spécifiques de la grossesse cornuale, les infections sexuellement transmissibles et le tabagisme maternel.

Comme pour la GEU tubaire classique, le diagnostic de la grossesse cornuale repose sur une synthèse de la clinique, de BHCG plasmatiques positifs et de l'échographie pelvienne.

La Clinique: La présentation clinique repose sur la triade caractéristique des GEU, associant algies pelviennes et/ou métrorragies dans un contexte d'aménorrhée avec BHCG positifs. Son développement peut être plus long du fait des conditions locales favorables à l'expansion du sac gestationnel, rendant les signes cliniques plus tardifs. La rupture est toutefois fréquente et souvent brutale. Elle est souvent très hémorragique et entraîne un tableau clinique catastrophique de choc hémorragique [5].

Dans notre étude, cette association était présente chez une seule patiente.

L'examen clinique seul reste un mauvais moyen pour diagnostiquer une GEU, mais il permet de la soupçonner devant des tableaux très polymorphes et de pratiquer le bilan paraclinique nécessaire.

Le toucher vaginal permet de préciser l'état du col, la taille utérine et l'état des annexes: La présence d'une masse latéro-utérine sensible, mal limitée est un élément important dans le diagnostic de la GEU mais n'est pas toujours évident à retrouver, alors que l'empâtement douloureux d'un cul de sac est souvent présent [7]. Le cri du douglas est souvent présent si la GEU se présente à un stade tardif (rupture). Dans notre étude, ni la masse latéro-utérine ni le cri de Douglas n'ont été objectivés à l'examen clinique.

Timor-Tritsch décrit trois critères échographiques essentiels pour la GEU cornuale en 1992:

- Une cavité utérine vide avec un sac excentré à droite ou à gauche de la cavité
- Un sac gestationnel séparé de plus de 1 centimètre de la cavité utérine
- Une couronne myométriale périphérique d'épaisseur inférieure à 5 mm.

Ces paramètres sont assez spécifiques (88 à 93%) avec une sensibilité médiocre (40%) [12].

Le taux de BHCG initial dans les GEU cornuales est souvent plus élevé par rapport aux GEU tubaires [12]. Dans notre étude, le taux de BHCG était significatif chez une patiente.

IRM pelvienne: En cas d'examen échographique difficile, de doute diagnostique, de difficulté à localiser une GEU, l'IRM pelvienne est un examen complémentaire très utile [13].

Traitement de la GEU cornuale: Jusqu'à récemment, le traitement habituel consistait en une salpingectomie homolatérale et une résection cornuale par laparotomie [14], voire à une hystérectomie d'hémostase, qui devrait pouvoir être évitée au vu des progrès en imagerie (apport de l'échographie endovaginale pour un diagnostic plus précoce) [10]. Depuis le début des années 1980, de nombreuses tentatives de traitement médical conservateur ont pu être proposées aux patientes qui présentaient une GEU non rompue [15], [16].

Le Méthotrexate a été utilisé dans la littérature selon des protocoles variés: il a ainsi été testé par voie systémique ou in situ, selon une injection unique ou un protocole séquentiel avec injections répétées.

En 1996, Benifla et al [5]. retrouvent 87% de succès de traitement médical pour 15 patientes présentant une grossesse cornuale en utilisant le score préthérapeutique de Fernandez.

Traitement chirurgical: Il est indiqué en urgence en cas de douleurs abdominales intenses, suspicion de rupture avec hémopéritoine ou instabilité hémodynamique. De nombreuses possibilités existent. Du traitement radical (hystérectomie par laparotomie) à un traitement plus conservateur (incision cornuale par coelioscopie), les options sont nombreuses [17].

Les techniques coelioscopiques classiquement décrites sont les suivantes:

- Résection cornuale
- Cornuostomie

Dans notre étude, une patiente a bénéficié d'une cornuostomie sans recours au MTX, alors que la deuxième avait reçu une injection de MTX en IM.

Le pronostic de la GEU n'est plus seulement lié à la mortalité maternelle bien qu'elle en représente encore 10 %, mais aussi au risque d'infertilité.

4 CONCLUSION

La grossesse cornuale, est une grossesse extra-utérine de siège inhabituel au pronostic très grave qu'il faut savoir identifier au stade précoce. Son diagnostic est souvent pris à défaut à l'échographie trans-abdominale et endo-vaginale en permettant sa découverte au stade précoce constitue un très bon moyen de diagnostic qui dans certains cas peut s'aider du dosage des BHCG plasmatiques. En cas de doute, l'imagerie par résonance magnétique, affirmera le diagnostic de façon précise.

Le traitement de la GEU a changé dans ces dix dernières années et le traitement par laparotomie n'a plus de justification que dans des cas particuliers.

Le traitement coelioscopique de la GEU est une méthode élégante, économique, qui apporte des bénéfices aux patientes. Cette technique fiable, elle contribue à la prise en charge de la pathologie et de son étiologie, de traiter la GEU, d'estimer le pronostic de fertilité. Cependant, le traitement médical de la GEU est devenu une réalité thérapeutique, il constitue dès aujourd'hui une alternative légitime, qui peut être préférée dans certains cas au traitement de référence que constitue la coeliochirurgie.

Dans notre contexte marocain et en présence de méthodes de diagnostic précoce de GEU, la laparotomie perd sa place dans le traitement des grossesses extra-utérines.

REFERENCES

- [1] Grossesse extra-utérine cornuale: prise en charge, fertilité ultérieure et devenir obstétrical Cornual pregnancy: Management and subsequent fertility K. Nikodijevic A, A. Bricou A, A. Benbara A, G. Moreaux A, C. Nguyen A, B, C. Lionel A, B, C. Poncelet A, B, J. Boujenah B A, Service de gynécologie-obstétrique, université Paris XIII-Bobigny, CHU Jean-Verd.
- [2] Prise en charge d'une grossesse extra-utérine cornuale Management of a corneal ectopic pregnancy, C. Prenauda, S. Scherier B, B. Malgras A, Service de chirurgie digestive, HIA Bégin, 69, avenue de Paris, 94160 Saint-Mandé, France b Service de chirurgie gynécologique, HIA Bégin, 69, avenue de Paris, 94160 Saint-Mandé, France.
- [3] O. Jourdain, M. Fontanges, A. Schiano, F. Rauch, And J.-M. Gonnet, "management of other ectopic pregnancies (cornual, interstitial, angular, ovarian)," *J gynecol obstet biol reprod (paris)*, vol. 32, no. 7 suppl, pp. S93–100, nov. 2003.
- [4] J. Bouyer, J. Coste, H. Fernandez, J. L. Pouly, And N. Job-Spira, "sites of ectopic pregnancy a 10 year population-based study of 1800 cases," *Hum. Reprod.*, vol. 17, no. 12, pp. 3224–3230, dec. 2002.

- [5] J. L. Benifla, H. Fernandez, E. Sebban, E. Darai, R. Frydman, And P. Madelenat, "alternative to surgery of treatment of unruptured interstitial pregnancy: 15 cases of medical treatment," *eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, vol. 70, no. 2, pp. 151–156, dec. 1996.
- [6] Vichnin M, Sammel M, Menon S, Narnhart K. Risk factors for ectopic pregnancy in adolescents. *J pediatric adolesc gynecol.* 2006; 19: 146-7.
- [7] Dupuis O, Camagma O, Benifla J, Batallan A. Grossesse extrautérine. *Encycl med chir.* 2001; 5: 30-32.
- [8] M. D. Pisarska, S. A. Carson, And J. E. Buster, "ectopic pregnancy," *lancet*, vol. 351, no. 9109, pp. 1115–1120, apr. 1998.
- [9] J. W. Simpson, C. D. Alford, And A. C. Miller, "interstitial pregnancy following homolateral salpingectomy. A report of 6 58 new cases and review of the literature," *am. J. Obstet. Gynecol.*, vol. 82, pp. 1173–1179, nov. 1961.
- [10] T. Tulandi And D. Al-Jaroudi, "interstitial pregnancy: results generated from the society of reproductive surgeons registry," *obstet gynecol*, vol. 103, no. 1, pp. 47–50, jan. 2004.
- [11] R. M. F. Van Der Weiden And V. H. M. Karsdorp, "recurrent cornual pregnancy after heterotopic cornual pregnancy successfully treated with systemic methotrexate," *arch. Gynecol. Obstet.*, vol. 273, no. 3, pp. 180–181, dec. 2005.
- [12] J. D. Fisch, B. H. Ortiz, S. I. Tazuke, U. Chitkara, And L. C. Giudice, "medical management of interstitial ectopic pregnancy: a case report and literature review," *hum. Reprod.*, vol. 13, no. 7, pp. 1981–1986, jul. 1998.
- [13] K. Tamai, T. Koyama, And K. Togashi, "mr features of ectopic pregnancy," *eur radiol*, vol.
- [14] R. P. Jansen and P. M. Elliott, "Angular intrauterine pregnancy," *Obstet Gynecol*, vol. 58, no. 2, pp. 167–175, Aug. 1981.
- [15] T. Tanaka, H. Hayashi, T. Kutsuzawa, S. Fujimoto, and K. Ichinoe, "Treatment of interstitial ectopic pregnancy with methotrexate: report of a successful case," *Fertil. Steril.*, vol. 37, no. 6, pp. 851–852, Jun. 1982.
- [16] L. Borgatta, M. Burnhill, and P. Stubblefield, "Single dose methotrexate therapy: application to interstitial ectopic pregnancy," *Int J Gynaecol Obstet*, vol. 60, no. 3, pp. 279–282, Mar. 1998.
- [17] R. A. Sasso, "Laparoscopic diagnosis and treatment of cornual pregnancy. A case report," *J Reprod Med*, vol. 40, no. 1, pp. 68–70, Jan. 1995.