

Grossesse sur cicatrice de césarienne: A propos d'un cas

[Cesarean scar pregnancy: Case report]

Halim Hajare, Belhaouz Ismail, Khtira Ayoub, Baidada Abdelaziz, Lakhdar Amina, and Etber Amina

Service de gynécologie obstétrique, Hôpital maternité Souissi, Rabat, Morocco

Copyright © 2023 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: Scar pregnancy is an ectopic, life-threatening pregnancy (hemorrhage or uterine rupture) that can also involve functional prognosis (hysterectomy). Its incidence is rare, but is likely to increase due to the rise in Caesarean section rates, these past few years. The clinical signs include metrorrhagia in variable abundance and/or pelvic pain in patients with uterine scarring. Diagnosis is made by endovaginal ultrasound, using the Vial criteria. The case we report in this article will enable us to discuss the pathophysiological, diagnostic and therapeutic criteria of this pathology, with the help of a literature review.

KEYWORDS: Cesarean scar pregnancy, ectopic pregnancy, history of cesarean section.

RESUME: La grossesse sur cicatrice est une grossesse de localisation ectopique engageant le pronostic vital (par hémorragie ou rupture utérine) et fonctionnel (hystérectomie). Son incidence est rare mais risque de croître du fait de l'augmentation du taux de césariennes, durant ces dernières années. Cette forme de grossesse se manifeste par des métrorragies d'abondance variable et/ou des douleurs pelviennes chez des patientes porteuses d'une cicatrice utérine. Le diagnostic est porté par l'échographie endovaginale, grâce aux critères de Vial. Le cas que nous rapportons dans cet article, nous permettra, à l'aide d'une revue de la littérature, de discuter des critères physiopathologiques, diagnostiques et thérapeutiques de cette pathologie.

MOTS-CLEFS: Grossesse sur cicatrice de césarienne, grossesse ectopique, antécédant de césarienne.

1 INTRODUCTION

La grossesse sur cicatrice de césarienne est une forme rare de grossesse ectopique établie sur une ancienne cicatrice utérine. L'incidence est estimée entre 1/1800, et 1/2216 grossesses. Seules des rapports de cas et des séries limitées ont été retrouvés dans la littérature.

Elle présente un risque d'hémorragie massive et de rupture utérine d'autant plus quand le diagnostic est retardé.

Nous rapportons le cas d'une patiente de 37 ans ayant une grossesse ectopique sur son ancienne cicatrice de césarienne, diagnostiquée à 10 semaines d'aménorrhées.

A travers cette observation et grâce à une revue de la littérature, nous discuterons les critères diagnostiques et thérapeutiques de cette rare entité, dont la connaissance et le diagnostic précoce permettront une meilleure prise en charge par les praticiens.

2 OBSERVATION

Patiente de 37 ans, 2^{ème} geste primipare ayant accouché une première fois par césarienne en 2021, pour présentation de siège et refus de voie basse, avec des suites opératoires simples.

Elle se présente aux urgences le 16/12/22 pour des douleurs pelviennes et des métrorragies avec caillots de sang, sur une aménorrhée de 10 semaines. Découverte à l'échographie endovaginale d'une masse au niveau de la cicatrice de césarienne faisant 68*45*43 mm percreta, vascularisée en couronne avec un vaisseau courant le long et en arrière de la séreuse vésicale. Il y avait également un doute sur une zone d'interruption de la séreuse vésicale avec un vaisseau en regard.

Elle a bénéficié d'une première injection de Méthotrexate, le 17/12/2022.

Elle a également bénéficié d'une première séance d'embolisation des artères utérines, le 20/12/2022.

Devant l'aspect percreta de la masse utérine, une IRM pelvienne a été réalisée qui confirme la présence de la masse au niveau de la cicatrice de césarienne, avec un contact étroit avec la paroi vésicale postérieure qui reste régulière sans argument pour un envahissement pariétal.

Le taux de BHCG est passé de 94 220 le 21/12/2022 à 105 700 le 24/12/2022.

Elle a donc reçue une 2^{ème} injection de Méthotrexate le 24/12/2022.

Le taux de BHCG a ensuite baissé de manière progressive jusqu'à arriver à 424 le 23/01/2023. Plusieurs épisodes de métrorragie avec caillots et douleurs pelviennes ont motivé des passages répétés aux urgences. La patiente a donc bénéficié d'une 2^{ème} séance d'embolisation le 25/01/2023.

Une échographie de contrôle faite le 27/03/23 a objectivé une forte régression de la taille de la masse mesurant, cette fois ci, 35*23*16 mm non vascularisée et sans infiltration de la séreuse vésicale.

Négativation des Bhcg le 30/03/2023.

La patiente a été opérée par laparotomie, le 04/04/2023, avec curetage de la grossesse et reprise de la cicatrice de césarienne. Il n'y avait pas d'envahissement vésical. Il n'y a pas eu d'incidents per ni post opératoires.



Fig. 1. Image échographique de la grossesse sur cicatrice de césarienne



Fig. 2. Suspicion d'invasion vésicale de la masse

3 DISCUSSION

La grossesse sur cicatrice est une complication rare pouvant mettre en jeu le pronostic vital de la patiente par hémorragie massive.

Son incidence est en augmentation du fait de l'augmentation du taux de césariennes dans les pays industrialisés, mais également depuis l'avènement de l'échographie endovaginale permettant le diagnostic précoce de la localisation ectopique (4).

Les facteurs de risque incriminés sont ceux du placenta accreta: le nombre de césariennes antérieures, et des gestes endo utérins mais aussi les techniques de Fécondation in vitro avec transfert d'embryon (1,2). Dans le cas de notre patiente, elle avait seulement un antécédent de césarienne.

D'un point de vue physiopathologique, il existerait un micro défaut de la cicatrice d'hystérotomie qui permettrait l'invasion du myomètre par le blastocyste, dans une zone mal cicatrisée, faiblement vascularisée et riche en fibrose (1). Ce risque étant majoré par l'antécédent de césarienne programmée, comme était le cas de notre patiente, où le segment inférieur moins sollicité et moins mature ne permettrait pas une qualité optimale de cicatrisation et favoriserait l'implantation ectopique de l'œuf (1).

Le défaut peut résulter de manœuvres endo utérines comme un curetage, une myomectomie, une hystéroscopie et une révision utérine.

Dans la grossesse sur cicatrice de césarienne, contrairement au placenta accreta, le sac gestationnel est entièrement contenu dans le myomètre et entouré de tissu cicatriciel, complètement séparé de la cavité utérine.

Les manifestations cliniques englobent les douleurs abdominales et les saignements, qui peuvent aller de simples spotting à des saignements massifs potentiellement mortels (2). Cependant dans environ 40% des cas, cette situation peut demeurer asymptomatique, diagnostiquée seulement par l'échographie précoce.

Le retard de diagnostic pourrait entraîner une rupture utérine, de même qu'un diagnostic à tort de grossesse arrêtée traitée par aspiration à l'aveugle pourrait se solder par une hémorragie massive (5,6). D'où l'intérêt d'un diagnostic rapide et précis, dans l'amélioration du pronostic vital et fonctionnel des patientes.

L'échographie bidimensionnelle par voie endo vaginale est l'examen de choix pour le diagnostic de grossesse ectopique sur cicatrice. Il repose sur les critères de Vial établis en 2000 (7), qui sont: Un utérus vide, un canal cervical vide, un aspect de disruption du sac gestationnel sur le mur utérin antérieur, en coupe sagittale de l'utérus. Il existe également des signes échographiques indirects tels que: l'hypervascularisation péri trophoblastique mise en évidence par les flux doppler couleur et la diminution de l'épaisseur du myomètre entre le sac gestationnel et la vessie, qui reflète la profondeur de l'implantation (3).

Vial et al. (2000) ont suggéré qu'il existait deux types différents de ces grossesses extra-utérines. La première est due à l'implantation du sac gestationnel sur la cicatrice avec progression soit vers l'espace cervico-isthmique, soit vers la cavité utérine. La situation peut évoluer vers une naissance viable, mais avec un risque accru d'hémorragie massive potentiellement mortelle à partir du site d'implantation (8). La seconde est une implantation profonde dans un défaut post-césarienne avec progression vers la rupture et le saignement au cours du premier trimestre de la grossesse. Notre patiente appartenait au deuxième groupe puisque le sac gestationnel était profondément implanté dans la cicatrice, avec une diminution de l'épaisseur du myomètre entre le sac gestationnel et la vessie.

La distinction entre ces deux types de grossesse est primordiale.

L'échographie tridimensionnelle ou l'IRM pelvienne peuvent permettre de préciser la profondeur de l'invasion trophoblastique dans le myomètre et l'atteinte potentielle de la séreuse ou de la vessie, ainsi que la position exacte du sac gestationnel (9).

L'IRM ne semble apporter un réel bénéfice qu'au delà de 10 semaines d'aménorrhée, orientant soit vers un traitement conservateur par résection de la cicatrice, soit un traitement radical en cas de placenta accreta (4).

Il n'existe pas, à l'heure actuelle, de consensus concernant la prise en charge thérapeutique de cette entité rare.

Le traitement doit prendre en considération 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 (2).

Qu'il soit médical ou chirurgical, le traitement doit être conservateur, sauf en cas d'échappement thérapeutique.

Le traitement médical repose sur le méthotrexate in situ (sous écho ou coelioguidage) ou par voie systémique ou l'association des deux, à la dose de 1 mg/kg. Une injection intra-ovulaire de chlorure de potassium peut également être réalisée (10).

Néanmoins, en de rares occasions, une rupture de la cicatrice et des saignements abondants peut survenir suite à un traitement médical. Par conséquent, l'approche médicale peut être associée à une embolisation bilatérale de l'artère utérine, minimisant ainsi ces complications. Une prise en charge par traitement combiné associant le MTX à l'embolisation des artères utérines puis à l'aspiration curetage au bloc opératoire a donné un taux de succès de 98% vs 9% de complications, selon une analyse de la littérature regroupant 486 cas (4).

Dans une série de 128 patientes traitées par EAU, les auteurs retrouvaient deux facteurs de risque hémorragique associés à des pertes sanguines supérieures à 500 ml: un âge gestationnel supérieur à 8 SA et une taille de sac gestationnel supérieure à 6 cm (13).

La laparoscopie et la laparotomie peuvent permettre une résection complète de la cicatrice et du tissu trophoblastique (3 et 12). L'hystérocopie opératoire sous contrôle coelioscopique, permettrait une régression rapide des β -hcg en moyenne sur un mois.

Un certain nombre de rapports appuient l'alternative chirurgicale, même en présence d'un patient qui ne saigne pas. Cela comprend la laparotomie électorale avec excision de la masse. Ces auteurs pensent que même si la récurrence est peu probable, la résection de l'ancienne cicatrice et la réalisation d'une nouvelle fermeture utérine peuvent réduire le risque de récurrence. De plus, si aucune complication ne survient, la période de suivi semble être plus courte par rapport aux options de traitement médical (11).

Chez notre patiente nous avons opté pour un premier traitement, médical, associant du méthotrexate en intra musculaire avec embolisation des artères utérines suivi d'un traitement chirurgical avec excision de la masse, par laparotomie. Cette décision a été motivée par la persistance des saignements malgré l'embolisation, l'âge gestationnel et la taille de la masse supérieure à 6 cm. Les suites opératoires étaient simples. A un mois de la chirurgie, la patiente a eu à nouveau ses règles, avec, au contrôle échographique, une cicatrice de bonne qualité.

4 CONCLUSION

La grossesse sur cicatrice de césarienne est une complication rare, mais dont l'incidence a augmentée ces dix dernières années. Le diagnostic est porté par l'échographie pelvienne qui doit être faite tôt dans la grossesse. L'intérêt d'un diagnostic précoce réside dans la possibilité de choisir une thérapeutique adaptée en fonction du contexte clinique, des données radiologiques, du plateau technique et du désir de la patiente. La prise en charge de ces patientes nécessite un plateau technique équipé d'un service de radiologie interventionnelle. Néanmoins, cette technique conservatrice n'est pas sans risque d'échec et reste plus indiquée dans les cas de saignements massifs.

REFERENCES

- [1] Maymon, R., Halperin, R., Mendlovic, S., Schneider, D., Herman, A. (2004). Ectopic pregnancies in Caesarean section scars: the 8 year experience of one medical centre. *Human Reproduction*, 19 (2): 278–284.
- [2] Belinga Etienne, Mbo Amvene Jérémie, Hanen Chatour, Ali El Housseini, Voulgaroupoulos Michel, Dauptain Gilles, Cordesse Alain, Nko’o Amvene Samuel. *Grossesse sur Cicatrice de Césarienne: Apport de L’échographie dans le Diagnostic et la Prise en Charge*. 2014.
- [3] K.-M. SEOW, L.-W. HUANG, Y.-H. LIN, M. YAN-SHENG LIN, Y.-L. TSAI and J.-L. HWANG. Cesarean scar pregnancy: issues in management, 23: 247 – 253.
- [4] J. Le Gall, A. Fichez, G. Lamblin, C.A. Philip, C. Huissoud. *Grossesse sur cicatrice de césarienne: traitement combiné avec embolisation des artères utérines avant procédure chirurgicale*.
- [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] Moschos E, Twickler DM. *First trimester diagnosis of cesarean scar ectopic pregnancy*. *J clin ultrasound*. 2008; 36: 504-11.
- [7] Vial Y, Petignat P, Hohlfeld P. *Pregnancy in a cesarean scar*. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2000; 16: 592-3.
- [8] Herman A, Weinraub Z, Avrech O, Maymon R, Ron-El R and Bukovsky Y (1995) *Follow up and outcome of isthmic pregnancy located in a previous caesarean section scar*. *Br J Obstet Gynecol* 102,839±841.
- [9] Nawroth F, Foth D, Wilhelm L, Schmidt T, Warm M, Römer T. *Conservative treatment of ectopic pregnancy in a cesarean section scar with methotrexate: a case report*. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2001 Nov; 99 (1): 135-7.
- [10] 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.
- [11] Rampen, 1997; Vialet al., 2000; Seowet al., 2001; Fylstra, 2002; Fylstraet al., 2002.
- [12] Chetty M, Elson J. *Treating non-tubal ectopic pregnancy*. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2009; 23: 529-38.
- [13] Wang J-H, Qian Z-D, Zhuang Y-L, Du Y-J, Zhu L-H, Huang L-L. *Risk factors for intraoperative hemorrhage at evacuation of a cesarean scar pregnancy following uterine artery embolization*. *Int J Gynaecol Obstet* 2013; 123 (3): 240–3.