

La grossesse greffée sur cicatrice d'hystérotomie: Un piège diagnostique

[Pregnancy grafted on hysterectomy scar: A diagnostic trap]

M. Azerki, I. Chanaa, M. H. Alami, A. Filali, and R. Bezad

Service de gynécologie-obstétrique, Hôpital de maternité et de santé reproductrice les orangers, CHU Ibn Sina, Rabat, Morocco

Copyright © 2022 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: Pregnancy on scar is a rare clinical entity whose main complication remains hemorrhage which can be cataclysmic engaging the maternal vital prognosis. The diagnosis is essentially based on a thorough clinical and ultrasound examination. We report here the case of a 38-year-old patient with a tri-scar uterus, with a pregnancy of 08 SA, whose diagnosis of pregnancy on scar was not raised, and who was admitted into our structure for the management of a simple aborted pregnancy. An aspiration was proposed to the patient after a retention period of 04 weeks, during the act: the patient presented a massive hemorrhage, and a hysterectomy of hemostasis was performed because of the maternal vital prognosis that was at stake.

KEYWORDS: scar, hysterotomy, hysterectomy, scarred uterus, hemorrhagia.

RESUME: La grossesse sur cicatrice est une entité clinique rare dont la principale complication reste l'hémorragie qui peut être cataclysmique engageant le pronostic vital maternel. Le diagnostic repose essentiellement sur un examen clinique et échographique minutieux. Nous rapportons ici le cas d'une patiente de 38 ans, porteuse d'un utérus tri-cicatriciel, avec une grossesse de 08 SA, dont le diagnostic de grossesse sur cicatrice n'a pas été soulevé, et qui était admise dans notre structure pour prise en charge d'une simple grossesse arrêtée. Une aspiration a été proposée à la patiente après un délai de rétention de 04 semaines, au cours de l'acte: la patiente a présenté une hémorragie massive, et une hystérectomie d'hémostase a été réalisée devant le pronostic vital maternel qui était mis en jeu.

MOTS-CLEFS: cicatrice, hystérotomie, hystérectomie, utérus cicatriciel, hémorragie.

1 INTRODUCTION

La grossesse sur cicatrice de césarienne est une grossesse ectopique de localisation cervico-isthmique et cicatricielle. Cette grossesse est grevée d'une mortalité et morbidité très importante et sa fréquence est en augmentation en raison de l'inflation du taux de césarienne (1,2) La possibilité d'une grossesse sur cicatrice de césarienne est rarement suspectée, au profit des avortements en cours et des grossesses cervicales. Ainsi, la méconnaissance ou le diagnostic tardif pourraient être associés à des importantes complications telles la rupture utérine menant assez souvent à l'hystérectomie (3).

Nous rapportons ici le cas d'une grossesse de 8 SA arrêtée sur un utérus triplement cicatriciel avec une rétention de 04 semaines, dont le diagnostic de grossesse sur cicatrice n'a pas été soulevé à l'échographie, et qui s'est compliquée d'une hémorragie massive au cours de l'aspiration. Devant le pronostic maternel qui était mis en jeu, une hystérectomie de sauvetage a été réalisée. Nous soulignerons également à travers une revue de la littérature les critères diagnostiques afin d'améliorer la prise en charge et prévenir les complications de cette entité.

2 PATIENT ET OBSERVATION

Il s'agit d'une patiente de 38 ans, mariée, sans antécédents médicaux particuliers, 4^{ème} geste, 3^{ème} pare, ayant accouché par césarienne pour bassin chirurgical au sein de notre structure respectivement en 2002, 2006 et 2012, avec des enfants vivants de bon développement psychomoteur. La 4^{ème} grossesse est désirée, estimée à 8 SA selon sa date des dernières règles, marquée par l'apparition de métrorragies minimes noirâtres ce qui a motivé la patiente a consulté chez son médecin traitant qui a suspecté une grossesse molaire à l'échographie puis l'a référée à un médecin radiologue qui a réalisé une échographie pelvienne qui a objectivé: un utérus mesurant 132x63x48.6 mm, avec une hydrométrie de 30 mm et la présence d'une fine bande échogène intra-cavitaire corporeale compatible avec une synéchie, puis la patiente a été référée à notre structure pour prise en charge.

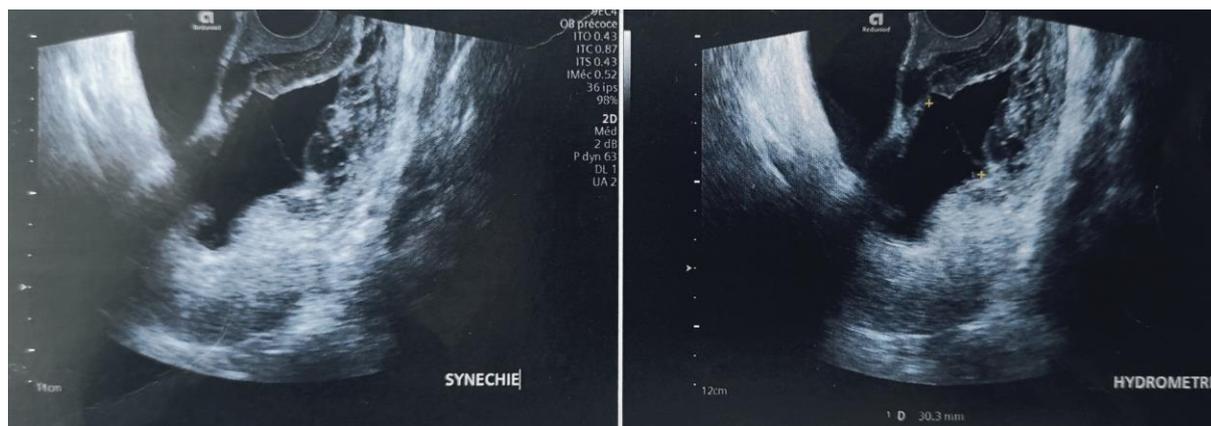


Fig. 1. Image échographiques en faveur d'une hydrométrie avec synéchie isthmique

A l'examen clinique on retrouve: une patiente stable sur le plan hémodynamique, avec des conjonctives normalement colorées, un IMC =31, TA: 11/07 cmhg, pouls: 77 bpm, l'examen abdominal retrouve à l'inspection une cicatrice type Pfannenstiel invaginée avec un abdomen souple à la palpation, par ailleurs la patiente ne rapporte pas de troubles de transit. L'examen au spéculum objective un col d'aspect sain, avec absence de saignement. Le toucher vaginal combiné à la palpation abdominal retrouve un utérus de 12 SA. Nous avons complété par une échographie pelvienne par vois transvaginale qui a objectivé la présence d'un sac gestationnel mesurant 38 mm sans écho embryonnaire ni vésicule vitelline visible correspondant à 08 semaines d'aménorrhée. Un dosage de B-HCG plasmatique a été demandé le jour même de son admission revenu à 15777 mUI/ml.

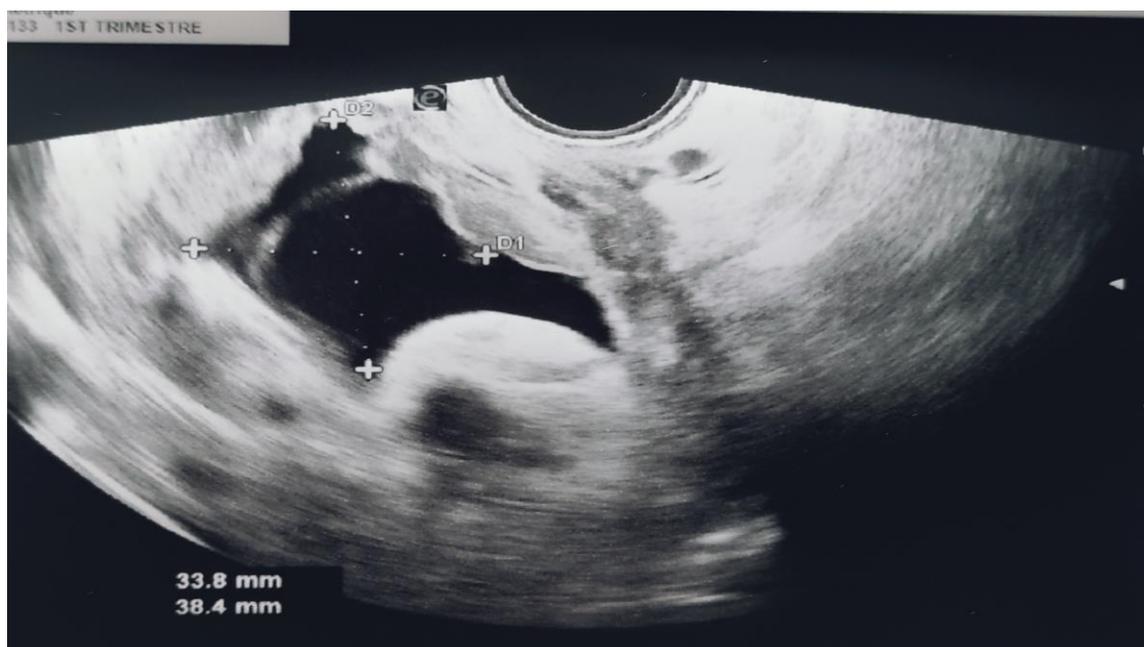


Fig. 2. Image échographique objectivant un œuf clair de 38.4/33.8 mm

Le diagnostic d'une rétention d'œuf clair a été retenu puis la patiente fut programmée pour une aspiration, avec un bilan préopératoire normal sauf une anémie hypochrome microcytaire de 9.7 g/dl. L'acte opératoire s'est déroulé sous sédation, après dilatation cervicale aux bougies d'Hegar, et dès introduction de la canule d'aspiration numéro 8, on a noté un saignement rouge vif d'origine endo-utérine de grande abondance avec chute de la tension à 06/04 cmhg et une tachycardie à 120 bpm, après mise en condition de la patiente et devant la persistance du saignement quantifié à 2 litres au total, on a réalisé une laparotomie: après reprise de l'ancienne cicatrice et libération des adhérences utéro-pariétales et épiploo-utérines, on a noté au niveau de la zone isthmique sur l'ancienne cicatrice d'hystérotomie qui était amincie et bleuâtre avec la présence du trophoblaste qui était difficile à décoller. Devant l'instabilité hémodynamique de la patiente, on a réalisé l'hystérectomie. Une transfusion de 8 culots globulaires et de 6 Plasma frais congelé a été réalisée. Les suites post-opératoires ont été simples pour la patiente, puis elle fut sortante à J5 du post-opératoire.

3 DISCUSSION

L'incidence de la grossesse sur cicatrice de césarienne serait de 1: 1800 grossesses (4), ou de 1: 2216 grossesses (5). Les facteurs de risques incriminés sont similaires à ceux du placenta accreta: le nombre de césariennes antérieures et de gestes endo-utérins (curetages, révision utérine manuelle), ce qui est le cas pour notre patiente qui était porteuse d'un utérus triplement cicatriciel. L'insertion du placenta sur la cicatrice de césarienne est un risque d'accreta (RR= 4,5).

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 (6). D'un point de vue physiopathologique, un micro-defect de la cicatrice d'hystérotomie permettrait l'invasion du muscle utérin par le blastocyste: cette hypothèse est validée par la relation qui existe entre l'indication de césarienne antérieure et le risque de grossesse sur cicatrice, ces césariennes étant souvent programmées comme c'est le cas de notre patiente, le segment inférieur moins sollicité et moins mature ne permettrait pas une qualité optimale de cicatrisation et favoriserait l'implantation ectopique de l'œuf (7). Les manifestations cliniques incluent les douleurs abdominales et les saignements, qui peuvent aller de simples spottings à une hémorragie mortelle (8); cependant la clinique peut être peu bruyante, d'où l'intérêt d'être attentif aux antécédents de la patiente. Le retard de diagnostic peut être à l'origine de la rupture utérine et une erreur diagnostique et une prise en charge comme fausse couche par curetage d'emblée pourraient entraîner une hémorragie massive nécessitant une hystérectomie totale de sauvetage (7).

L'échographie bidimensionnelle par voie endo-cavitaire est l'examen radiologique de première intention permettant de porter le diagnostic. Ce dernier repose sur les critères établis par Vial en 2000 (8) associant d'abord: un utérus vide; un canal cervical vide; l'existence sur une coupe sagittale de l'utérus, d'une disruption du sac gestationnel sur le mur utérin antérieur. Il existe également des signes échographiques indirects, tels que la diminution de l'épaisseur du myomètre entre le sac gestationnel et la vessie qui reflète la profondeur de l'implantation et une hyper vascularisation péri-trophoblastique

objectivée par le Doppler couleur ou énergie. En cas de doute diagnostique persistant après l'échographie, d'autres examens d'imagerie peuvent être réalisés comme le mode tridimensionnel échographique ou l'IRM qui permettent d'appréhender les rapports anatomiques en précisant 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). Vu la rareté de cette situation il n'existe pas à l'heure actuelle de recommandations formelles concernant les modalités thérapeutiques. 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.

Les différentes techniques chirurgicales sont généralement proposées en première intention aux patientes n'ayant plus de désir d'enfant, hémodynamiquement instable et/ou en cas d'échec du traitement médical, dans notre cas la patiente n'exprimait pas de désir d'enfants et présentait une hémorragie massive menaçant sa vie.

4 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

REFERENCES

- [1] Strobelt N, Locatelli A, Ratti M, Ghidini A. Cervico-isthmic pregnancy: a case report, critical reappraisal of the diagnostic criteria, and reassessment of the outcome. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80 (6): 586–8.
- [2] Studdiford IC. Cervical pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1945; 49: 169–73.
- [3] Rotas MA, Haberman S, Levгур M. Cesarean Scar Ectopic Pregnancies: Etiology, Diagnosis and Management. *Obstetrics & Gynecology*. 2006; 107 (6): 1373-81.
- [4] 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.
- [5] Miller D A, Chollet JA, Murphy Goodwin T. Clinical risk factors for placenta praevia - placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol*. 1997; 177: 210-14.
- [6] Role of Ultrasound in the Management of Cesarean Scar Ectopic Pregnancy.. Belinga Etienne¹, Mbo Amvene Jérémie², Hanen Chatour³, Ali El Housseini³, Voulgaroupoulos Michel³, Dauptain Gilles³, Cordesse Alain³, Nko'o Amvene Samuel.
- [7] 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 (6): 515-23.
- [8] Belinga E, Mbo AJ, Hanen C, Ali EH, Voulgaroupoulos M, Dauptain G, Cordesse A, Nkoo AS. Grossesse sur cicatrice de césarienne: apport de l'échographie dans le diagnostic et la prise en charge. *Health Sci Dis*. 2014; 15 (2).
- [9] Seow KM, Hwang JL, Tsai YL, Huang LW, Lin YH, Hsieh BC. Subsequent pregnancy outcome after conservative treatment of a previous cesarean scar pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2004 Dec; 83 (12): 1167-1172.