

Grossesse sur isthmocèle: à propos d'un cas et revues de la littérature

MLARAICHI, H. Aalalou, M. Saoud, N. MAMOUNI, S. ERRARHAY, C. BOUCHIKHI, A. BANANI

Service gynécologie obstétrique I. CHU Hassan II.

Faculté de médecine et de pharmacie de Fès.

Abstract: La grossesse sur cicatrice de césarienne est une forme rare de grossesse ectopique qui engage le pronostic vital et fonctionnel utérin par hémorragie ou par rupture utérine précoce. Nous rapportons le cas d'une grossesse sur isthmocèle lors d'une échographie pour des métrorragies du premier trimestre.

Keywords: grossesse, métrorragies du premier trimestre, grossesse sur cicatrice, isthmocèle.

Introduction :

La grossesse sur cicatrice de césarienne est une localisation rare parmi les grossesses ectopiques, à haut risque de complications. Il n'existe pas de consensus sur un traitement de référence.

L'incidence est estimée entre 1 /1800, et 1 / 2216 grossesses selon des séries limitées et des rapports de cas qui ont été retrouvés dans la littérature.

La possibilité d'une grossesse sur cicatrice de césarienne est rarement suspectée, ce qui crée la nuance dans le diagnostic comme étant une grossesse cervicale ou un avortement en cours.

Ainsi, le diagnostic précoce d'une grossesse sur cicatrice de césarienne peut être retardé, et des complications potentiellement catastrophiques peuvent s'ensuivre.

Observation clinique :

Il s'agit d'une patiente âgée de 26 ans, G2P1, porteuse d'un utérus cicatriciel, qui s'est présentée à notre formation pour des métrorragies de faible abondance sur une grossesse de 7 semaines d'aménorrhée. L'examen gynécologique a objectivé des saignements minimes provenant de l'endocol avec un utérus de taille normal et une sensibilité pelvienne, une échographie pelvienne réalisée qui a révélé un sac gestationnel sur isthmocèle sans écho embryonnaire visible, les 2 ovaires vues sans particularité et un cul de Douglas libre (figure 1, 2 et 3), puis une Bhcg demandée revenue à 2000UI.

La décision était de réaliser une aspiration écho guidée du produit et une surveillance hebdomadaire du Bhcg jusqu'à négativation puis de reprogrammer la patiente pour une éventuelle cure d'isthmocèle.

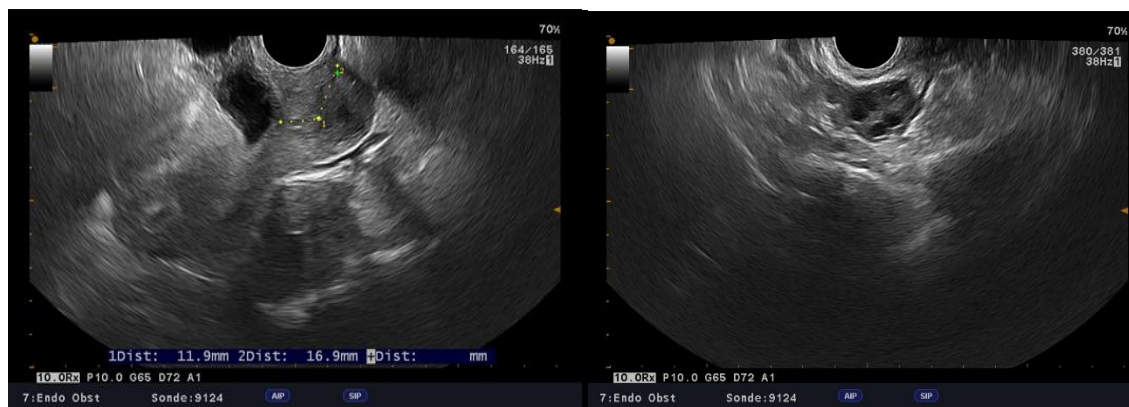


Figure 1: grossesse sur isthmocèle

Figure 2: ovaire droit



Figure 3: ovaire gauche

Discussion :

La littérature récente suggère que la grossesse sur cicatrice de césarienne est plus fréquente qu'on ne le pensait précédemment.

Les facteurs de risques incriminés sont similaires à ceux du placenta accréta: d'une part, le nombre de césariennes antérieures et de gestes endo-utérins (curetages, révision utérine manuelle), d'autre part, les techniques de fécondation in vitro (FIV) avec transfert d'embryon sont également discutées dans le mécanisme.

D'un point de vue physiopathologique, un micro-défect de la cicatrice d'hystérotomie permettrait l'invasion du muscle utérin par le blastocyste puisque le segment inférieur moins sollicité et moins mature ne permettrait pas une qualité optimale de cicatrisation et favoriserait l'implantation ectopique de l'œuf.

Notre patiente avait un utérus uni-cicatriciel avec isthmocèle ce qui prouve une mauvaise cicatrisation. Le risque d'insertion cicatricielle de l'œuf serait augmenté chez cette patiente.

La clinique peut être asymptomatique. Une étude de série avait retrouvé jusqu'à 40% de patientes ne manifestant ni douleur ni saignement vaginal. La rupture utérine peut être la conséquence d'un retard de diagnostic d'une grossesse sur cicatrice de césarienne, un diagnostic rapide et précis est essentiel. Le diagnostic doit se baser sur les antécédents de la patiente et les manifestations cliniques, incluant les douleurs abdominales et les saignements, qui peuvent aller de simples spotting à une hémorragie mortelle. Ces hémorragies peuvent être spontanées ou iatrogènes 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. 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 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.

Vu la rareté de cette situation il n'existe pas à l'heure actuelle des 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. Actuellement, le traitement, qu'il soit médical ou chirurgical, reste conservateur, sauf en cas d'échappement thérapeutique. Le traitement médical est basé sur l'administration du méthotrexate par voie locale ou systémique. Certains auteurs utilisent le chlorure de potassium injecté dans le thorax fœtal combiné au méthotrexate en injection intra-ovulaire. Ce traitement nécessite une surveillance rapprochée et prolongée jusqu'à la résolution complète de la grossesse ectopique. L'aspiration-curetage est à risque hémorragique et de rupture utérine: contre-indiquée à l'aveugle, elle reste acceptable sous contrôle échographique en cas de sac gestationnel développé vers la cavité. La laparoscopie et la laparotomie peuvent permettre une résection complète de la cicatrice et du tissu trophoblastique. L'abord coelioscopique tend à supplanter la laparotomie mais une grande expertise chirurgicale est nécessaire, garante d'une suture myométriale de qualité (donc solide en vue d'une grossesse ultérieure). La coelioscopie permet enfin pour certains, de contrôler l'évacuation utérine par hystérocopie ou simple curetage et d'associer une ligature artérielle préventive aux gestes utérins. Concernant le pronostic obstétrical, des grossesses ont été décrites après une CSP. Vu le risque augmenté de rupture utérine, la césarienne programmée dès que la maturation pulmonaire est acceptable,

constitue la voie d'accouchement privilégiée. Les recommandations sont de respecter un délai avant de commencer une nouvelle grossesse qui varie selon les équipes de deux mois à deux ans. Le risque de récurrence de CSP existe, il est de l'ordre de 5%.

Conclusion :

La grossesse sur cicatrice est l'une des complications tardives de la césarienne. Son diagnostic permet de choisir une thérapeutique adaptée en fonction du plateau technique et du désir de la patiente. Le traitement de ces grossesses ectopiques doit être précoce et actif du fait du risque majeur d'hémorragie ou de rupture utérine mettant en jeu le pronostic vital et fonctionnel utérin.

La patiente a consenti à la publication de ces images.

Conflits d'intérêts : Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Références :

1. Lai YM, Lee JD, Lee CJ, Chen TC, Soong YK. An ectopic pregnancy embedded in the myometrium of a previous cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1995;75(7):573–6. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
2. Belinga E, Mbo AJ, Hanen C, Ali EH, Voulgaropoulos M, Dauplain G, Cordesse A, Nko'o AS. Grossesse sur cicatrice de césarienne: apport de l'échographie dans le diagnostic et la prise en charge. *Health Sci Dis*. 2014;15(2) [[Google Scholar](#)]
3. Rotas MA, Haberman S, Levigur M. Cesarean Scar Ectopic Pregnancies: Etiology, Diagnosis, and Management. *Obstetrics & Gynecology*. 2006;107(6):1373–81. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
4. 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(2):278–84. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
5. 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. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
6. Vial Y, Petignat P, Hohlfeld P. Pregnancy in a cesarean scar. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2000;16(6):592–3. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
7. Al-NAzer AI, Omar L, Wahba M, Abbas T, Abdulkarim M. Ectopic intramural developing at the site of a cesarean section scar: a case report. *Cases J*. 2009;2:9404. [[Article PMC gratuit](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
8. Kung FT, Huang TL, Chen CW, Cheng YF. Image in reproductive medicine Cesarean scar ectopic pregnancy. *Fertil Steril*. 2006;85(5):1508–9. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
9. Ben Nagi J, Helmy S, Ofili-Yebovi D, Yazbek J, Sawyer E, Jurkovic D. Reproductive outcomes of women with a previous history of caesarean scar ectopic pregnancies. *Hum Reprod*. 2007;22(7):2012–5. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]