

Unruptured Interstitial Ectopic Pregnancy: About a Case and Literature Review

Fadi Abu Mattar, Fatima Zohra Fdili Alaoui, Sofia Jayi , Hikmat Chaara Mouly Abdelilah Melhouf

Service de gynéco obstétrique II CHU Hassan II Fès

Auteur correspondant : Fadi Abu Mattar

Email : fadiabumattar1@gmail.com

Adresse : haya mal, rue mairage, Fès, Maroc

Télé : 212650012235

Abstract: Cornual pregnancy is an ectopic pregnancy where the egg implants in the uterine horn. It poses a diagnostic problem, due to its intrauterine location but not in the uterine cavity where the normal pregnancy is implanted it is necessary to differentiate between three types of ectopic pregnancies rare location which are the interstitial, the angular and the cornual pregnancy. We report a case of an unruptured left interstitial pregnancy. The endovaginal ultrasound showed an extra uterine gestational sac at the interstitial level, no effusion, the uterus was empty, given the diagnostic difficulty, a pelvic MRI was performed urgently, objectifying an interstitial pregnancy, then the patient benefited from a mini laparotomy (lack of laparoscopy in the emergency room), with a left salpingectomy encompassing the left horn, the outcome was favorable, medical treatment consisting of an injection of methotrexate was administered the following day

Keywords: rare cases, endovaginal ultrasound, pelvic MRI, prognosis

RESUME

La grossesse cornuale est une grossesse extra-utérine où l'œuf s'implante dans la corne utérine. Elle pose un problème diagnostique, par sa localisation intra utérine mais non dans la cavité utérine où s'implante la grossesse normale .Il faut différencier entre trois types de grossesses extra utérines à localisation rare qui sont l'interstitielle, l'angulaire et la grossesse cornuale. Nous rapportons un cas d'une grossesse interstitielle gauche non rompue. L'échographie endovaginale a montré un sac gestationnel extra utérin au niveau interstitielle, pas d'épanchement, utérus vide, vu la difficulté diagnostique, une IRM pelvienne a été réalisée en urgence objectivant une grossesse interstitielle, puis la patiente a bénéficié d'une mini laparotomie (manque de coelioscopie aux urgences), avec une salpingectomie gauche englobant la corne gauche, l'évolution été favorable, un traitement médical fait d'une injection de méthotrexate a été administrée le lendemain.

Mots clés : cas rare, échographie endovaginale, IRM pelvienne, pronostic

Grossesse Extra-Utérine Interstitielle non rompue : A Propos d'un Cas et revue de littérature

Introduction

Il s'agit d'une pathologie rare en pratique quotidienne et elle représente environ 2% des GEU avec un taux de mortalité de 2-2.5%, doublé par rapport aux GEU tubaires [1].Les auteurs rapportent un cas de grossesse interstitielle gauche sur un utérus non malformé, découverte chez une patiente symptomatique sur aménorrhée de 7SA, ayant bénéficié d'une échographie pelvienne endovaginale puis une mini laparotomie, l'évolution a été favorable.

La grossesse extra-utérine (GEU) cornuale est définie par l'implantation du sac ovulaire 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. Cependant la grossesse interstitielle se développe dans la portion intra-myométriale de la trompe. Il s'agit d'un canal de 0,7 mm de diamètre et d'environ 1 à` 2 cm de longueur. Le sac gestationnel est placé

latéralement par rapport au ligament rond. La grossesse angulaire se développe au niveau de l'ostium tubaire, au fond de la corne utérine. Contrairement à la grossesse interstitielle, elle est située dans l'axe du ligament rond. Le risque de rupture est ici plus rare, dans la mesure où il s'agit d'une implantation dans la cavité endométriale. [2].

Observation médicale

il s'agit de Madame N.O âgée de 31 ans, mariée, pas de notion de prise de contraception orale, pas de notion d'infection génitale haute, pas de notion de tabagisme actif, avec un seul enfant accouchement par voie basse, et une fausse couche spontanée précoce curetée il Ya 5 ans. admise pour prise en charge des douleurs abdomino pelviennes avec des métrorragies de faible abondance sur une ménorrhée de 7SA selon une DDR précise. Chez qui l'examen clinique a objectivé une patiente consciente GCS a 15, une TA= 11/05, FC 95 bpm/min, eupneïque, conjonctives normo colorées, apyrétique, abdomen souple, sensibilité à la palpation de la fosse iliaque gauche avec l'examen gynécologue, au speculum: col violacé avec un saignement minime provenant d'endocol, au toucher vaginal, col long fermé, sensibilité latéro utérine gauche sans masse palpable, avec constatation d'une douleur à la mobilisation utérine, Le reste de l'examen était sans particularité, devant ce tableau clinique une grossesse extra utérine a été suspecté et une BHCG plus une échographie endovaginale ont été réalisés. BHCG revenue à 12000 UI, HB: 13.8g/dl, plq normal, groupage B+, bilan de crase normal avec l'échographie endovaginale utérus de taille normal, endomètre hypertrophique mesurant 9 mm **Figure (1)**, ovaire droit vu: d'écho structure et de taille normale (**Figure 2**) ovaire gauche vu d'écho structure et de taille normale. siège d'un corps jaune avec vascularisation périphérique mesurant 2 cm. (**Figure 3**) lame d'épanchement minime. Présence en juxta utérin gauche au niveau de la corne gauche d'un sac gestationnel avec vésicules vitelline et un embryon sans activité cardiaque, LCC correspond à 7 SA. avec une couronne myométriale autour le sac gestationnel **Figures (4 5 6)**, distance sac endomètre 7mm **Figure(7)**. Vu la difficulté diagnostique ainsi que pour préciser la localisation exacte, une IRM pelvienne a été réalisée en urgences était en faveur d'une GEU interstitielle, la patiente a bénéficié d'une mini laparotomie vue l'absence de cœlioscopie aux urgences avec à l'exploration annexes droite: RAS Annexes G: corne utérine siège d'une GEU interstitielle (localisation latérale par rapport au ligament rond) avec un corps jaune au niveau de l'ovaire **figure(8)**. Réalisation d'une salpingectomie gauche avec ablation de la corne gauche et du tissu trophoblastique puis ponction du corps jaune. Hémostase obtenue par la réalisation d'un surjet au premier plan et des points en U au deuxième plan. **figure (9)** Lavage abondant au Sérum salé, fermeture plan par plan, un traitement médical aussi a été administrée le lendemain fait de méthotrexate 1mg/kg en IM après avoir éliminée les contre-indication, l'évolution a été marqué par la disparition de la douleur abdominale avec BHCG de control a 2,8/12000 UI, l'étude anapath était en faveur d'une GEU interstitielle, un bilan d'IST a été demandé à la patiente.

(Figure1), hypertrophie de l'endomètre



(Figure 2), ovaire droit,

(Figure 3), ovaire gauche

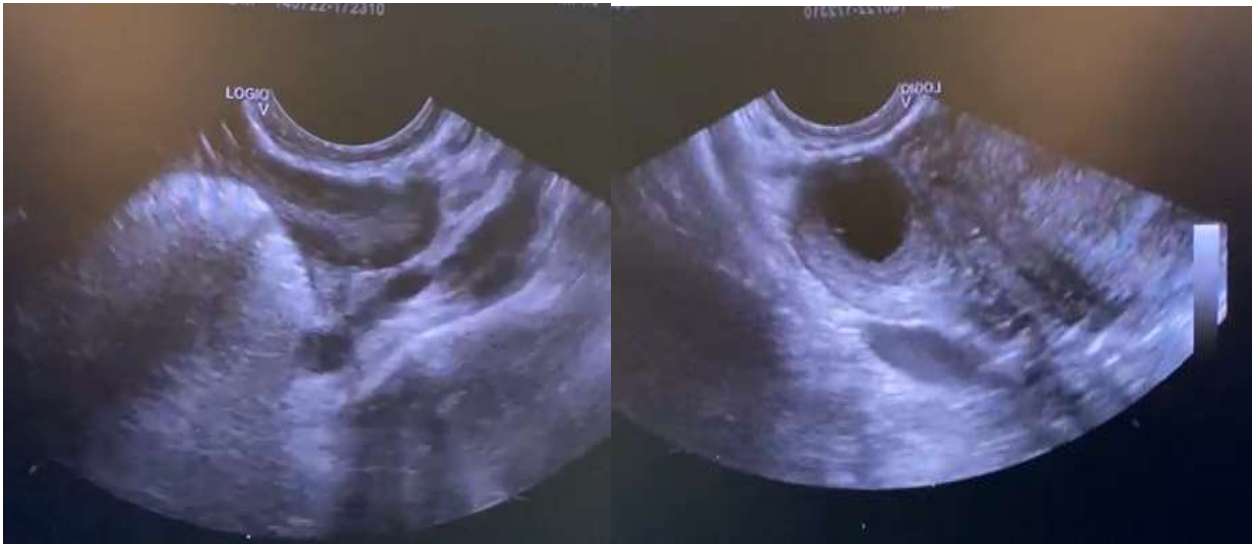


Figure (4) : sac gestationnel intra utérin,

Figure (5): sac gestationnel +Vésicule vitelline



Figure (6) embryon LCC a 6SA+3jrs



Figure(7) :distance sac endometre inferieur a 1cm



(Figure 8) l'exploration chirurgicale, GEU interstitielle gauche



Figure (9) : salpingectomie gauche + cornectomie, hémostase obtenue



Discussion : La grossesse extra utérine cornuale est très rare et représente moins de 3 % des GEU. Plusieurs cas isolés ont été rapportés dans la littérature. [3] Selon Ardaens et al [4], la grossesse cornuale devrait se définir par une GEU de la corne utérine sur les malformations utérines (utérus bicorne, utérus unicorne, utérus cloisonné). Au contraire, les auteurs anglo-saxons [4] [6] élargissent cette définition à toutes les grossesses interstitielles. Le diagnostic échographique des grossesses cornuales est bien connu. Il s'agit selon Timor-Tritsch [5], de trois critères essentiels : une cavité utérine vide, un sac gestationnel séparé de plus d'un cm de la cavité utérine (interstitiel line), une couronne myométriale autour de ce sac moins de 5 mm .cependant c'est difficile de retrouver les trois critères en même temps. Dans notre cas, l'utérus était vide, le sac était entouré par une couronne myométriale de 5mm, mais la distance sac endomètre était moins d'un cm. La grossesse cornuale peut survenir dans un utérus sans malformation et chez une patiente n'ayant aucun antécédent de salpingectomie [7] [8] comme c'était le cas chez notre patiente. Cela relance la question des facteurs de risque d'une grossesse cornuale. Ces derniers sont similaires à ceux des autres grossesses extra utérines (antécédents de grossesse extra-utérine, antécédents de chirurgie tubaire, curetage endo utérin, infections génitales, tabac, Fécondation in vitro) dans notre cas on trouve un seul facteur de risque de GEU cornuale c'est le curetage endo utérin et selon NADI et al [10], le curetage endo utérin constitue un facteur de risque de survenu d'une grossesse cornuale. Pour Néossi et al. [9], mise à part ces facteurs de risque, les antécédents d'utérus bicorne ou pseudo unicorne avec une trompe rudimentaire sont spécifiques de la grossesse cornuale. Le maître symptôme reste la douleur pelvienne aiguë d'intensité variable, et/ou métrorragies dans un contexte d'aménorrhée avec BHCG positif [11] dans notre cas , la patiente a consulté pour une douleur pelvienne aiguë sur aménorrhée de 7SA avec métrorragie de faible abondance , BHCG était à 12000. Le diagnostic échographique de la grossesse cornuale n'est pas évident le sac gestationnel se trouve en intra utérin mais excentrique [12] comme dans notre cas, faisant croire à tort à une grossesse intra-utérine. La description des images échographiques de la grossesse cornuale est diverses, certains auteurs rapportent qu'on peut parfois visualiser une cavité utérine vide, un sac gestationnel séparé de plus d'un

cm de la cavité utérine et une couronne myométriale autour du sac [5]. Pour d'autres, le sac gestationnel ectopique se présente sous forme d'une masse fungique sessile qui s'entoure d'un myomètre dont l'épaisseur est variable [13]. La discordance échographique sur la localisation de la grossesse entre la sonde abdominale et celle endovaginale au cours d'un même examen devrait faire penser à une grossesse cornuale, dans notre cas deux critères de Timor-Tritsch étaient positifs ces sont l'utérus vide et la couronne myométriale autour le sac gestationnel et la distance entre l'endomètre et le sac était inférieure à 1cm ce qui était discordant avec les critères déjà cités. L'imagerie par résonance magnétique, (IRM), constitue le moyen alternatif le plus précis pour le diagnostic positif et topographique des formes rares de GEU. Nous avons eu le recours à l'IRM pelvienne en urgence pour confirmer le diagnostic topographique notamment la GEU était pas rompue. IRM avec séquences T1, T2 sans et avec contraste en coupe fine dans les trois plans, 2D, séquence diffusion a permis de donner la localisation exacte de la GEU et éliminer les autres diagnostics différentiels. [14].figure [10] [11] [12]

Figure 10 : T2 coronales Lésion accolée au myomètre interstitielle gauche, (flèche verte),

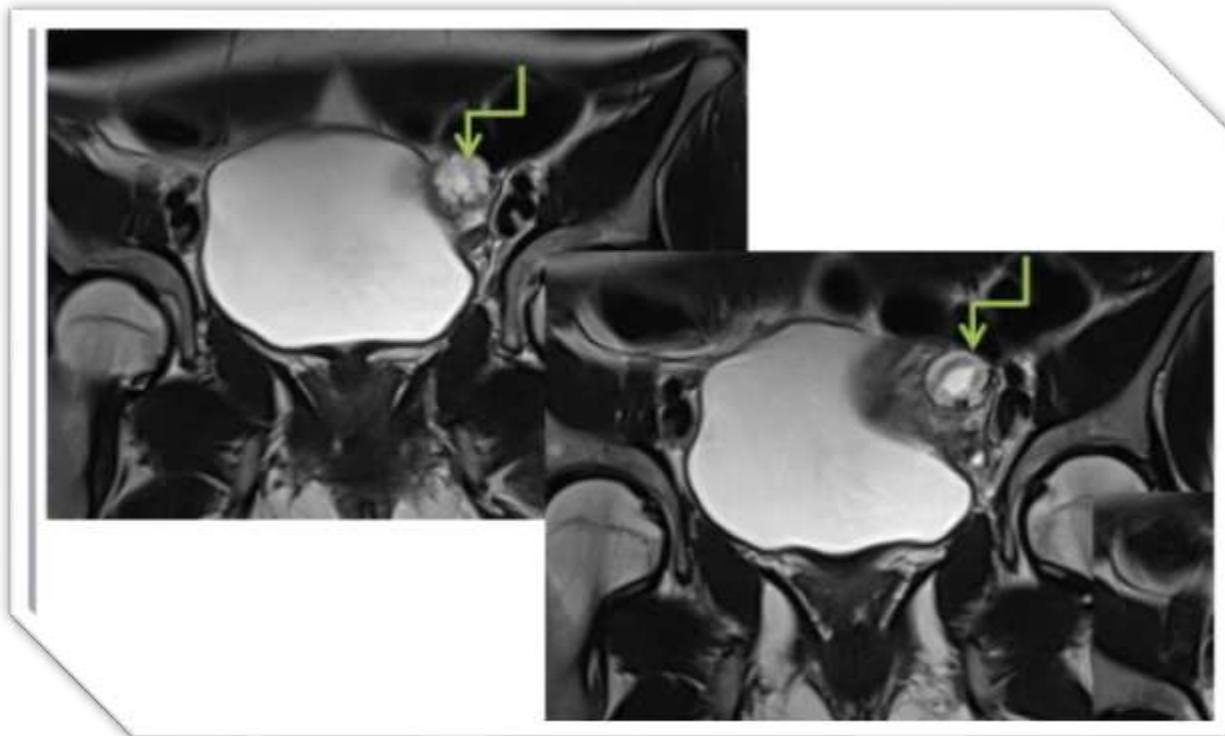
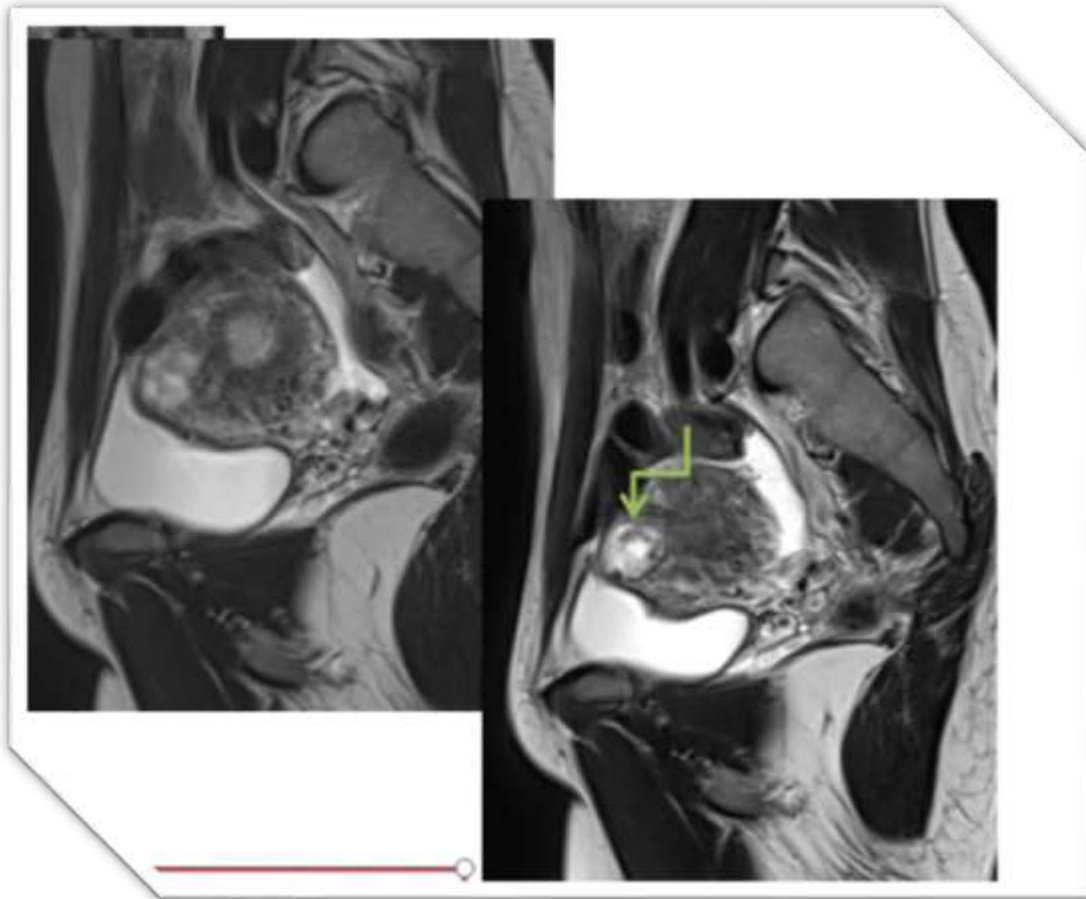


Figure 11 : Lésion accolée au myomètre interstitielle gauche, (flèche verte), décrite en hyper signal T2 central avec couronne en hyposignal T2 périphérique, accolée au myomètre en regard



Sur le plan thérapeutique, plusieurs équipes ont confirmé l'apport du Méthotrexate dans le traitement de la Grossesse interstitielle [15–16]. Les recommandations HAS de 2016 et les RPC 2014 du CNGOF [17], s'accordent sur le recours possible au MTX hors AMM, en première intention, par voie IM ou in situ, pour les GI non compliquées, compte tenu des risques opératoires hémorragiques non négligeables en chirurgie, et des risques obstétricaux, d'une résection de corne utérine. Devant la faible incidence d'effets secondaires rapportés [18] et la facilité d'administration, la voie IM semble préférable, avec la surveillance suivante : b-hCG à j4 et j7, sachant qu'il y a des complications tardives du traitement médical comme la rupture de la GEU, la douleur atroce, l'hémopéritoine, tout ça doit être surveillé. Une deuxième injection s'il n'y a pas eu une diminution d'au moins 15 % entre ces deux taux. Le bilan pré thérapeutique réalisé avant chaque injection, comprend un bilan hépatique et rénal ainsi qu'une numération formule sanguine. L'utilisation de score de Fernandez avec une BHCG inférieur à 5000UI pour opter un traitement médical semble utile pour le choix thérapeutique.

Le traitement de la grossesse cornuale est le plus souvent chirurgical. Spécifiquement, en présence d'un syndrome abdominal aigu et d'une instabilité hémodynamique ou d'un hémopéritoine, il est indispensable d'envisager immédiatement un traitement chirurgical. Initialement, le traitement de ce type de GEU a consisté en une salpingectomie associée à la résection cornuale par laparotomie et vider son contenu trophoblastique avant de suturer [19]. Plus récemment, la coelioscopie a permis de traiter des grossesses cornuales. Il s'agit alors d'inciser la corne puis de l'exprimer de façon à en vider le contenu [20]. L'objectif est alors d'essayer de conserver autant que possible la continuité entre la cavité utérine et la trompe libre. L'incision peut alors être suturée ou non. La coelioscopie est devenue, au sein des équipes entraînées en coelioscopie et pour des patientes stables sur le plan hémodynamique [19]. Dans notre cas, en l'absence de la colonne de coelioscopie aux urgences et l'indication de traitement chirurgical selon le score de Fernandez, une mini laparotomie a été réalisée avec une salpingectomie et résection de la corne utérine gauche après avoir vidé son contenu trophoblastique, suivie d'un traitement médical

fait de méthotrexate 1mg/kg en IM pour agir sur les cellules trophoblastes qui étaient accolées à l'utérus en profondeur, l'évolution était favorable, avec un BHCG de contrôle, à 2,8 UI/12000 dans 48h.

La fertilité semble conservée en présence de la trompe controlatérale perméable et en bonne qualité, une césarienne prophylactique sera préférée ultérieurement.

Conclusion

La grossesse cornuale est une entité rare qui met en jeu le pronostic vital de la gestante. Le diagnostic échographique n'est pas aisé et lorsqu'on ne sait pas s'y prendre on pourrait conclure à une grossesse intra-utérine, c'est l'intérêt de refaire l'échographie par voie abdominale et endovaginale et moins doute demander une IRM en urgence. La laparotomie est faite non seulement dans un moyen diagnostique mais aussi thérapeutique.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la prise en charge des patientes et à la rédaction du manuscrit. Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit

Reference

- [1] Neossi Guena Mathurin¹, Nkigoum Nana Achille¹, Nko'o Amvene Samuel. Grossesse Cornuale Droite de Découverte Tardive et Fortuite à l'Échographie de Routine, Dis: Vol 18 (4) October – November – December 2017
- [2] Boutten A, Debodinance P. Grossesse angulaire diagnostiquée à 11 SA sur un uterus fibromyomateux : à propos d'un cas. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2006;35(1):82–6.
- [3] Bourdel N, Roman H, Gallot D, Lenglet Y, Dieu V, Juillard D, et al. Interstitial pregnancy. Ultrasonographic diagnosis and contribution of MRI. A case report. Gynecol Obstet Fertil 2007;35(2):121–4.
- [4] Ardaens Y, Guérin B, Perrot N, Legoeff F. Apport de l'échographie dans le diagnostic de la grossesse extra-utérine. J Gynecol Obst et Biol Reprod 2003;32(7):3528–135.
- [5] Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Matera C, Veit CR. Sonographic evolution of cornual pregnancies treated without surgery. Obstet Gynecol 1992;79: 1044–9 [5]. Jibodu OA, Darne FJ. Spontaneous heterotopic pregnancy presenting with tubal rupture. Hum Reprod. 1997;12:1098–9.
- [6] Ackerman TE, Levi CS, Dashefsky SM. Interstitial line: sonographic finding in interstitial [cornual] ectopic pregnancy. Radiology 1993;189:83–7. [7] DeFrancesch F, DiLeo L, Martinez J. Heterotopic pregnancy: discovery of ectopic pregnancy after elective abortion. South Med 1999;9:330–2.
- [7] Nikodijevic K, Bricou A, Benbara A, Moreaux G, Nguyen C, Carbillon L, Poncelet C, Boujenah J. Grossesse extrautérine cornuale : prise en charge, fertilité ultérieure et devenir obstétrical. Gynecol Obstet Fertil. 2016 ;44(1): 11-
- [8] Ferjaoui MA, Gharrad M. La grossesse cornuale, aspect laparoscopique. Pan African Medical Journal. 2016; 23: 245 doi:10.11604/pamj.2016.23.245.5855
- [9] Neossi GM, Nkigoum NA, Nko'o AS. Grossesse cornuale droite de découverte tardive et fortuite à l'échographie de routine Health Sci. Dis. 2017 ;18(4) : 116-9
- [10] M.Nadi^aC.Richard^bL.Filipuzzi^cL.Bergogne^cS.Douvier^cP.Sagot^b Grossesse interstitielle, angulaire et cornuale : diagnostic, traitement et futur obstétrical
- [11] Interstitial, angular and cornual pregnancies: Diagnosis, treatment and subsequent fertility
- [11] Thouveny A. Grossesses extra utérines de localisation rare à propos de 28 cas.Thèse de Médecine, Faculté de Médecine de Nancy.
- [12] Stern E, Chanda M, Thorne J, Diagnostic d'une rupture de grossesse cornuale par laparoscopie Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada.2018 ;41(3): 265-404 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2018.06.014>

- [13] Kouame N, N'Goan AM, Domoua R, N'Gbesso A D, Keita K Grossesse cornuale : une entité rare de grossesse extra-utérine Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction.2011 ;21(2) : 68-71 doi.org/10.1016/j.femme.2011.02.001Get rights and content
- [14]Wherry KL, Dubinsky TJ, Waitches GM, Richardson ML, Reed S. Low-resistance endometrial arterial flow in the exclusion of ectopic pregnancy revisited. J Ultrasound Med 2001;20:335—42.
- [15] Jermy K, Thomas J, Doo A, Bourne T. The conservative management of interstitial pregnancy. BJOG Int J Obstet Gynaecol 2004;111(11):1283–8.
- [16] Ten Hafner NA. The effectiveness of non-surgical management of early interstitial pregnancy: a report of ten cases and review of the literature. Ultrasound Obstet Amp Gynecol 1999;13(2):131–6.
- [17] E'tat des lieux et expertise sur l'utilisation hors AMM du mé'thotrexate en gyne'cologie : travail du CNGOF. RPC/CNGOF; 2014. p. 729.
- [18] Stovall TG, Ling FW. Single-dose methotrexate: an expanded clinical trial. Am J Obstet Gynecol 1993;168(6, Part 1):1759–65.
- [19] Jourdain O, Fontages M, Schiano A, Rauche F, Gonnet JM. Prise en charge des autres ectopies annexielles (cornuale, interstitielle, angulaire et ovarienne). J Gynecol Obstet Biol Rprod 2003 ;32(Suppl. au n°7) 3S93-3S100
- [20] Sanz LE, Verosko J. Hysteroscopic management of cornual ectopic pregnancy. Obstet Gynecol 2002; 99: 941-4.