

Pregnancy on Scar: Case Report: Chu Hassan 2 Fes

Belhaj yassine ;yassine outifa ;sanoh alexis ;H.CHAARA ;FZ FDILI ALAOUI ;S.JAYI ;Moulay abdelilah melhouf

Abstract: Mrs. MA aged 33, 3rd procedure, 2nd parent, carrier of a doubly scarred uterus. She consults in gynecological emergencies for pelvic pain + Abnormal uterine bleeding on a 7-week amenorrhea. clinical examination found the patient stable, abdominal palpation did not find any sensitivity, speculum examination confirmed the enduterine origin of the bleeding, and vaginal examination combined with abdominal palpation showed a slightly enlarged uterus. size without lateruterine mass or sign of peritoneal irritation. ultrasound: a uterus seat gestational sac located next to the seat of the old scar whose trophoblast seems to insinuate itself at the level of the scar with respect for the bladder wall, and an embryo whose biometrics corresponded to the gestational age, with positive cardiac activity. On D+3 of her hospitalization, the patient presented with moderately abundant metrorrhagia which required the performance of a laparotomy. On exploration, the presence of a bluish swelling was noted. After detachment of the bladder we made a small incision of 3 cm d or the outcome of the product of conception. We cleaned all the product of conception then we did a hystero-graphy with vicryl N 0.

Keyword: pregnancy on scar ; echographie ; IRM

Grossesse sur cicatrice : cas de présentation : CHU HASSAN 2 FES

Belhaj yassine ;yassine outifa ;sanoh alexis ;H.CHAARA ;FZ FDILI ALAOUI ;S.JAYI ;Moulay abdelilah melhouf

Résumé

La grossesse sur cicatrice de césarienne (GSC) est définie comme une grossesse extra-utérine établie sur le myomètre d'une cicatrice utérine précédente. C'est une complication rare et peu étudiée de l'utérus cicatriciel, formant une entité à part dans le cadre des grossesses ectopiques.

L'incidence est estimée sur les données de la littérature entre 1/ 1800 et 1/2200 naissances par césarienne.

Cette entité clinique est à différencier des placentas accrés adhérent à une cicatrice de césarienne bien que présentant un mécanisme physiopathologique identique.

Seules des rapports de cas et des séries limitées ont été retrouvés dans la littérature. Elle présente un risque d'hémorragie massive et incontrôlable. La méconnaissance ou le diagnostic tardif pourraient être associés à une morbidité grave telle que les métrorragies, la rupture utérine ainsi que des séquelles obstétricales irréversibles. L'hystérectomie constitue le traitement de référence en cas d'hémorragie massive.

Le diagnostic doit être précoce et le traitement adapté afin de diminuer la morbidité et la mortalité maternelle tout en préservant la fertilité.

Sa prise en charge a été révolutionnée par le développement de l'imagerie notamment, l'utilisation des sondes échographiques endovaginales, du doppler pulsé couplé au doppler couleur et de l'Imagerie par résonance magnétique (IRM) qui permettent de mieux préciser les critères diagnostiques.

Sur le plan thérapeutique, différentes options se sont chevauchées en ayant parfois un impact potentialisant. Toutefois, il n'existe pas de traitement consensuel pour les grossesses sur cicatrices.

Cependant, ce dernier doit être précoce et actif du fait du risque hémorragique majeur mettant en jeu le pronostic vital de la patiente. L'objectif du traitement, médical ou chirurgical, est d'être conservateur.

Nous présentons dans ce travail le cas d'une patiente prise en charge au CHU HASSAN 2 de FES.

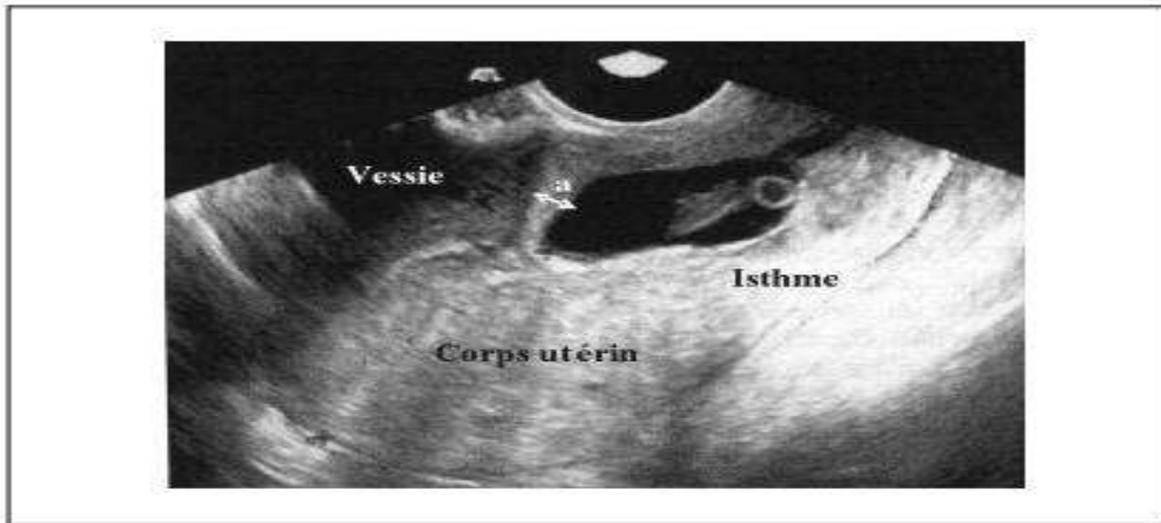
Nous rapportons les éléments cliniques, et paracliniques ayant conduits au diagnostic, puis la prise en charge thérapeutique selon notre expérience et les données de la littérature.

OBSERVATION :

Mme MA âgée de 33 ans, 3^{ème} geste, 2^{ème} pare, porteuse d'un utérus doublement cicatriciel. Elle consulte aux urgences gynécologiques pour des douleurs pelviennes + Saignement utérin anormal sur une aménorrhée de 7 semaines.

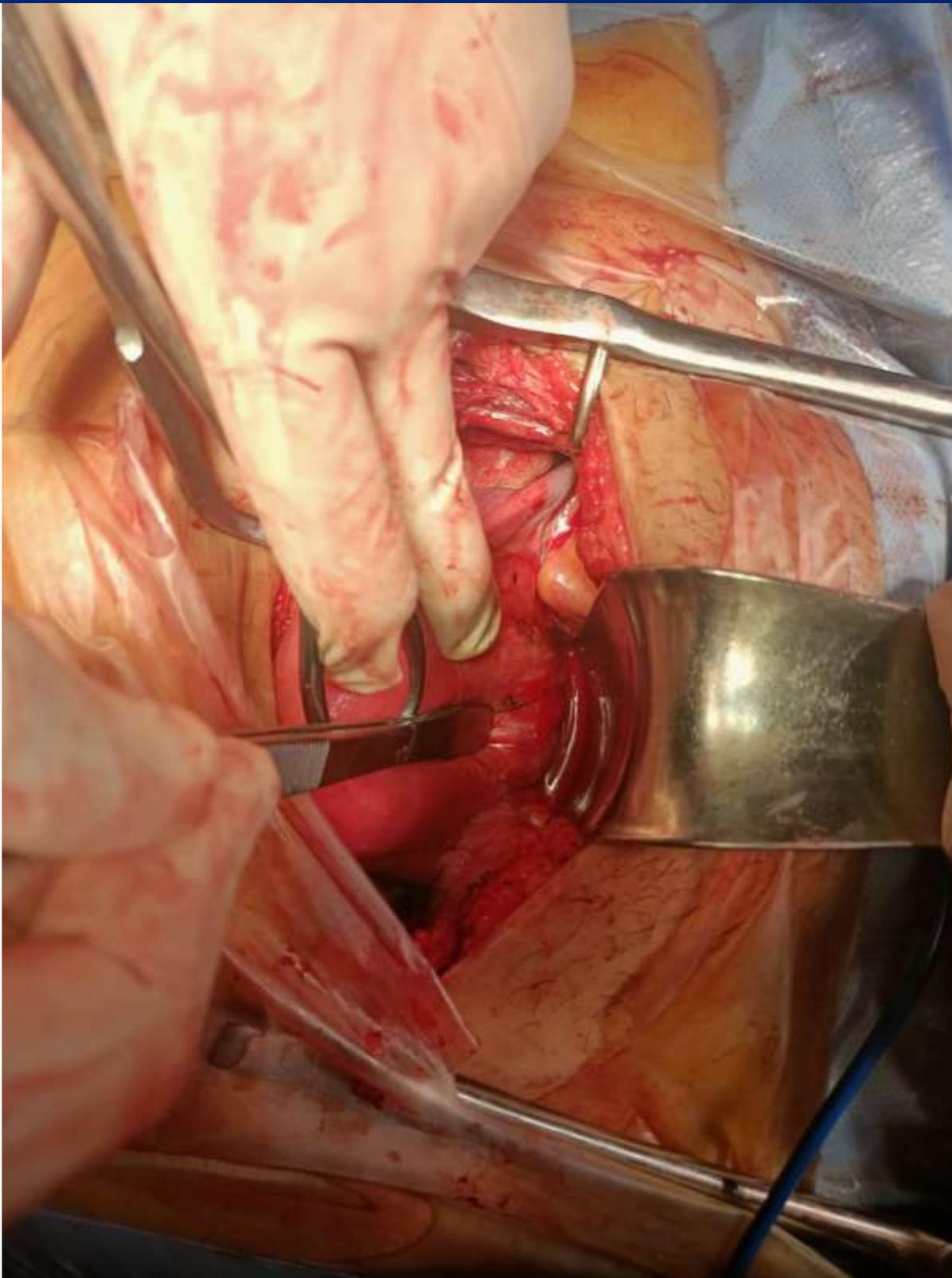
l'examen clinique trouve patiente stable, la palpation abdominale n'a pas retrouvé de sensibilité, l'examen au speculum a confirmé l'origine endo-utérine du saignement, et le toucher vaginal combiné au palper abdominal a objectivé un utérus légèrement augmenté de taille sans masse latéro-utérine ni signe d'irritation péritonéale.

l'échographie: un utérus siège sac gestationnel situé en regard du siège de l'ancienne cicatrice dont le trophoblaste semble s'insinuer au niveau de la cicatrice avec respect de la paroi vésicale, et un embryon dont la biométrie correspondait à l'âge gestationnel, avec activité cardiaque positive.



A j+3 de son hospitalisation, la patiente a présenté des métrorragies de moyenne abondance ayant nécessité la réalisation d'une laparotomie.

A l'exploration, on a noté la présence d'une tuméfaction bleutée



Après décollement de la vessie nous avons fait une petite incision de 3 cm d ou l'issue du produit de conception. Nous avons nettoyer tout le produit de conception puis nous avons fait une hystérogaphie au vicryl N 0.



DISCUSSION :

Dans la littérature nous avons constaté des cas de présentations plus que des études sur série de patiente.

Le pourcentage de grossesse sur cicatrice est plus important qu' auparavant vu l'augmentation du taux de césarienne

Parmi les séries retrouvé est celle publié par DR LEGAL qui concerne 8 patientes .(1) et qui objective les résultats suivantes :

L'âge gestationnel moyen lors du diagnostic était de 8 SA.

Toutes les GSC ont été diagnostiquées par échographie Trans vaginale,

Une IRM complémentaire a été réalisée chez cinq patientes.

Il s'agissait de grossesses évolutives avec une activité cardiaque présente pour chaque patiente.

Cinq patientes ont été traitées par injection de méthotrexate, deux patientes ont reçu de la mifégyne. Toutes les patientes ont bénéficié ensuite d'une embolisation sélective des artères utérines. Enfin dans les 48 h, une aspiration-curetage a été réalisée chez 6 patientes.

Une patiente à 12 SA a été traitée par résection partielle de la cicatrice emportant le sac gestationnel.

Une patiente à 13 SA + 1 a nécessité une hystérectomie subtotale sur placenta accreta.

Les 2 patientes opérées ont présenté des complications per-opératoires sévères avec une plaie vésicale et 2 hémorragies > 1000 mL.

Pour les 6 cas de GSC avec un âge gestationnel inférieur à 10 SA, les pertes sanguines moyennes ont été inférieures à 500 mL.

CONCLUSION

Le diagnostic doit se poser le plus précocement possible. L'ECHOGRAPHIE reste l'examen de référence avec possible recours à l'IRM en cas de doute .

Le traitement doit rester le plus conservateur possible.

Référence :

1.Cesarean scar ectopic pregnancies: Combined modality therapies with uterine artery embolization before surgical procedure.Le Gall^aA.Fichez^aG.Lamblin^bC.A.Philip^aC.Huissoud^{ac}d