

# Rétention Trophoblastique Simulant Une Malformation Artério-Veineuse Uterine: Aspects En Imagerie Et Place De L'embolisation Artérielle

H. Taghzouti, M. Bendahhou Idrissi, K.Saoud, N.Mamouni, S. Errarhay, C. Bouchikhi, A. Banani

Service de Gynéco-obstétrique I, CHU Hassan II, Fès

**Abstract:** *Uterine arteriovenous malformations (AVM) are a possible cause of abnormal uterine bleeding persisting especially after a miscarriage or the diagnosis of gestational trophoblastic disease. In our work we report the case of a patient with a history of miscarriage, and whose evolution was marked by the occurrence of metrorrhagia of medium to great abundance and whose initial investigations (ultrasound coupled to Doppler; pelvic MRI) suspected an AVM. The arteriography allowed to eliminate this diagnosis by retaining that of trophoblastic retention.*

**Keyword:** uterine arteriovenous malformation ; trophoblastic retention

## **Résumé :**

Les malformations artério-veineuses (MAV) utérines constituent une cause possible de saignement utérin anormal persistant surtout après une fausse couche ou le diagnostic d'une maladie trophoblastique gestationnelle. Dans notre travail nous rapportant le cas d'une patiente avec un antécédent de fausse couche aspirée, et dont l'évolution a été marquée par la survenue de métrorragies de moyenne à grande abondance et dont les investigations initiales (échographie couplée au Doppler ; IRM pelvienne) ont suspecté une MAV. L'artériographie a permis d'éliminer ce diagnostic en retenant celui de rétention trophoblastique.

## **Cas clinique :**

Nous rapportant le cas de Mme D.F, âgée de 26ans, sans antécédents pathologiques notables, Gestité deuxième, primipare, dont la première grossesse avait aboutit à un accouchement par voie basse médicalisé, et la 2<sup>ème</sup> était une fausse couche à 9 semaines d'aménorrhées aspirée au bloc sous rachianesthésie.

L'évolution a été marquée par l'apparition d'un saignement endo-utérin anormal de moyenne à grande abondance 7 semaines après motivant la patiente à consulter chez son gynécologue traitant pour prise en charge.

L'examen gynécologique était sans particularités notamment pas de lésion cervico-vaginale avec confirmation de l'origine endo-utérine du saignement.

L'exploration échographique transvaginale a objectivé une formation ovale bien limitée d'échostructure hyperéchogène hétérogène fundique renfermant des zones anéchogènes mesurant 22mm présentant une vascularisation à la fois artérielle et veineuse communiquant avec des vaisseaux myométriaux. Aspect évoquant en premier une MAV ou une fistule artério veineuse sans pouvoir éliminer une TTG. (Figure 1)

Un dosage de la BhCG plasmatique quantitative à objectivé un taux à 31.

Un complément par IRM pelvienne a été réalisé objectivant une formation endocavitaire utérine en continuité avec la paroi myométriale fundique, renfermant de multiples structures vasculaires artérielles et veineuses, faisant évoquer en premier une MAV ; mais une fistule artério veineuse ne peut être éliminée.

Une artériographie a été réalisée, montrant après une dilatation bilatérale et symétriques, des artères myométriales alimentant une formation endocavitaire hypervasculaire, sans signe de MAV ni de fistule artérioveineuse. (Figure 2-3)

Notre attitude était de faire une embolisation des deux artères utérines par des fragments de gélatine résorbable. Le contrôle post embolisation était très satisfaisant avec dévascularisation de la lésion intracavitaire (Figure 4). Il s'agit fort probablement d'un résidu trophoblastique.

Un contrôle échographique couplé au doppler à été réalisé 10jours après l'embolisation a objectivé une structure endocavitaire faiblement vascularisée (Figure 5)

L'évolution a été marquée par une disparition de l'image endocavitaire sur l'échographie de contrôle faite après menstruations (Figure 6)

### **Discussion :**

Après la survenue d'une fausse couche spontanée ou une interruption de grossesse médicamenteuse ou par curetage, les métrorragies constituent un problème clinique fréquent [1,2]. Elles peuvent survenir précocement ou tardivement et sont dues à deux étiologies principales : la rétention trophoblastique et la présence d'une malformation artério-veineuse.

Les résidus trophoblastiques correspondent à la présence de tissu placentaire intra-utérin persistant après une grossesse. L'incidence de cette situation est difficile à évaluer avec des chiffres s'étalant de 2,7% à 17,8% selon les auteurs [2]. Il s'agit donc d'une situation fréquente, et le diagnostic positif est important à réaliser précocement afin d'éviter des complications à type de saignements persistants, d'infection, et de synéchies pouvant compromettre la fertilité [3].

Une MAV correspond à une communication anormale directe, sans l'intervention d'un réseau capillaire, entre un réseau artériel et un réseau veineux. Il existe des MAV congénitales, mais ces dernières sont encore beaucoup plus rares que les MAV secondaires à un traumatisme du tissu utérin, en général un curetage, une aspiration ou une hystéroscopie [4-5].

Trois examens paracliniques sont utiles au diagnostic des MAV utérine: l'échographie pelvienne couplée au Doppler couleur, l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et l'artériographie. La biologie avec le dosage sanguin des BhCG est peu utile; en effet, ce dosage peut être négatif, et donc faussement rassurer le clinicien, ou positif mais d'interprétation difficile dans un contexte post-abortum. [6]

L'échographie pelvienne est l'examen à réaliser en première intention montrant ainsi une lésion intramyométriale dense et inhomogène composée de juxtaposition de petits îlots anéchogènes contigus. L'apport du doppler est considérable mettant en évidence le caractère hypervascularisé de cette lésion. [7] Par ailleurs, il permet de montrer le caractère turbulent du flux circulant intra-lésionnel par la juxtaposition de signaux de couleurs différentes donnant un effet d'aliasing en Doppler couleur. Les analyses spectrales de ce flux révèlent un pic de vitesse systolique élevé associé à un faible index de résistance et de pulsatilité du fait de la présence d'un grand nombre de vaisseaux de petit calibre. [8]

L'IRM est déterminante pour le diagnostic des MAV même si elle n'est pas encore systématiquement réalisée comme le montre la revue de la littérature. Elle permet une localisation géographique précise de la malformation en visualisant les vaisseaux nourriciers. Ce type de malformation se présente comme une masse serpiginieuse intra-myométriale entraînant une zone de rupture diffuse ou localisée au niveau de la zone de jonction, dite en « vide de signal ». Néanmoins cet examen peut être pris en défaut en raison de l'artefact créé par le saignement intra-utérin actif et ne peut être réalisé que si l'état hémodynamique de la patiente le permet. [9]

L'artériographie reste l'examen de référence pour le diagnostic de ces MAV utérine. Son intérêt est autant diagnostique que thérapeutique, puisqu'elle permet, d'une part, la visualisation précise des vaisseaux impliqués dans la malformation et, d'autre part, la réalisation conjointe de l'embolisation artérielle. [10]

L'embolisation sélective des artères utérines a également été décrite en cas de rétention de tissus trophoblastique, elle permettrait de fermer simplement les shunts au stade précoce et rendrait possible un curetage ultérieur avec un risque hémorragique moindre [11].

### **Conclusion :**

La MAV utérine acquise est une pathologie potentiellement grave. Ce diagnostic doit être évoqué et recherché devant toute hémorragie consécutive à une grossesse. L'examen échographique doit être systématique et minutieux devant tout saignement du post-abortum pour éviter la réalisation d'un curetage pouvant mettre en danger la patiente.

### **Références :**

[1] van den Bosch T, Daemen A, Van Schoubroeck D, Pochet N, De Moor B, Timmerman D. Occurrence and outcome of residual trophoblastic tissue: a prospective study. *J Ultrasound Med* 2008;27:357—61.

[2] Sellmyer MA, Desser TS, Maturen KE, Jeffrey RB, Kamaya A. Physiologic, histologic, and imaging features of retained products of conception. *Radiographics* 2013;33:781—96.

[3] Chassang M, Baudin G, Delotte J, Trastour C, Bongain A, Chevallier P. Rôle de l'imagerie en cas de métrorragies après fausse couche spontanée ou interruption volontaire de grossesse. *J Gynecol Obstet Biol la Reprod*. 2015;44(5): 398-402.

[4] Mègnissè Sèna Lokossou et al. Malformation artério-veineuse utérine: à propos de deux cas au Centre Hospitalier Universitaire de la Guadeloupe ; *PAMJ* - 38(307). 24 Mar 2021.

[5] Y. S. GROSZMANN, A. L. HEALY MURPHY and B. R. BENACERRAF : Diagnosis and management of patients with enhanced myometrial vascularity associated with retained products of conception ; *Ultrasound Obstet Gynecol* 2018; 52: 396-399

[6] Sangui S, Lanta-Delmas S, Le Blanche A, Grardel-Chambenoit E, Merviel P, Gondry J. Diagnostic et traitement des malformations artério-veineuses utérines (MAVU) en 2011. *Gynecol Obstet Fertil*. 2011;39(12):722-727.

[7] H. Yahi-Mountasser, P. Collinet, M. Nayama, M. Boukerrou, Y. Robert, P. Deruelle : Les malformations artério-veineuses intra-utérines ; *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2006 ; 35 : 614-620.

[8] Vandembroucke, L., Morcel, K., Bruneau, B., Moquet, P.-Y., Bauville, E., Levêque, J., & Lavoue, V. (2011). Malformations artérioveineuses endo-utérines acquises. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 39(7-8), 469-472.

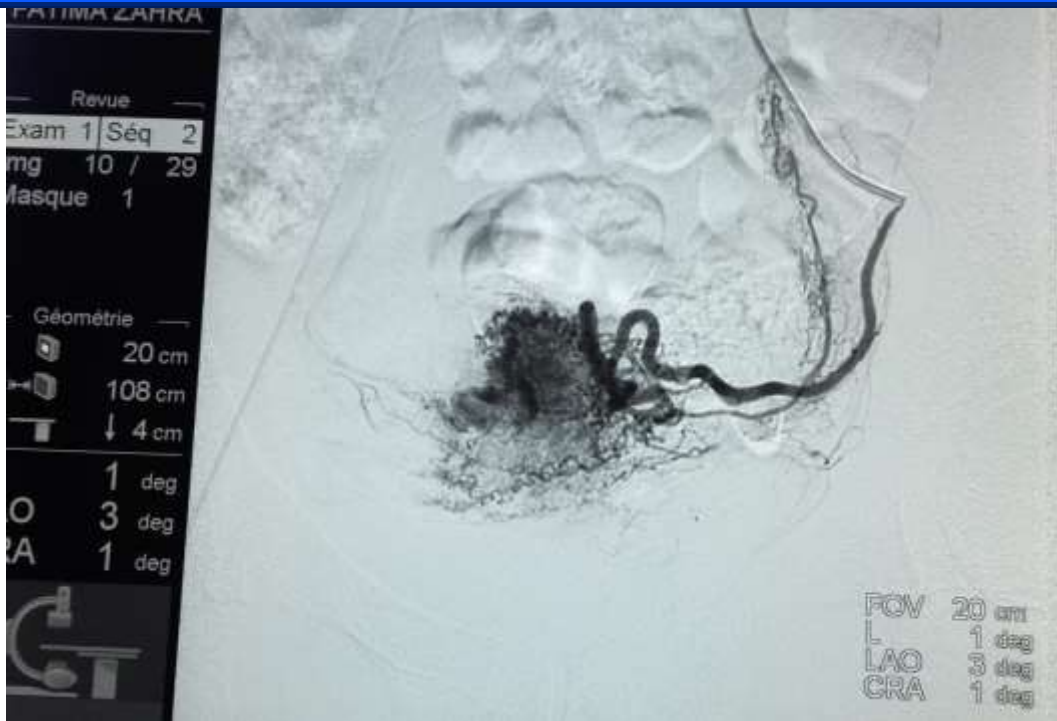
[9] Sanguin, S., Lanta-Delmas, S., Le Blanche, A., Grardel-Chambenoit, E., Merviel, P., Gondry, J., & Fauvet, R. (2011). Diagnostic et traitement des malformations artério-veineuses utérines (MAVU) en 2011. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 39(12), 722-727. Doi

[10] Timmerman D, Van Den Bosch T, Peeraer K, Debrouwere E, Van Schoubroeck D, Stockx L, et al. Vascular malformations in the uterus: ultrasonographic diagnosis and conservative management. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2000;92:171-8.

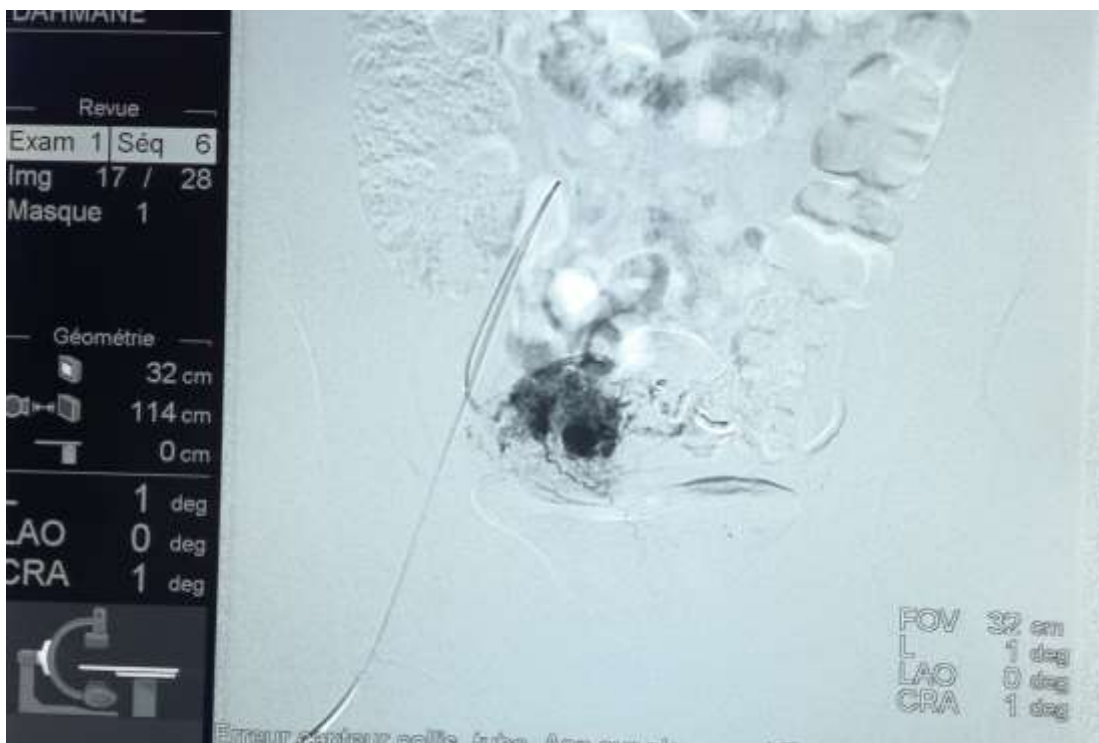
[11] Kitahara T, Sato Y, Kakui K, Tatsumi K, Fujiwara H, Konishi I. Management of retained products of conception with marked vascularity. *J Obstet Gynaecol Res* 2011;37:458-64.



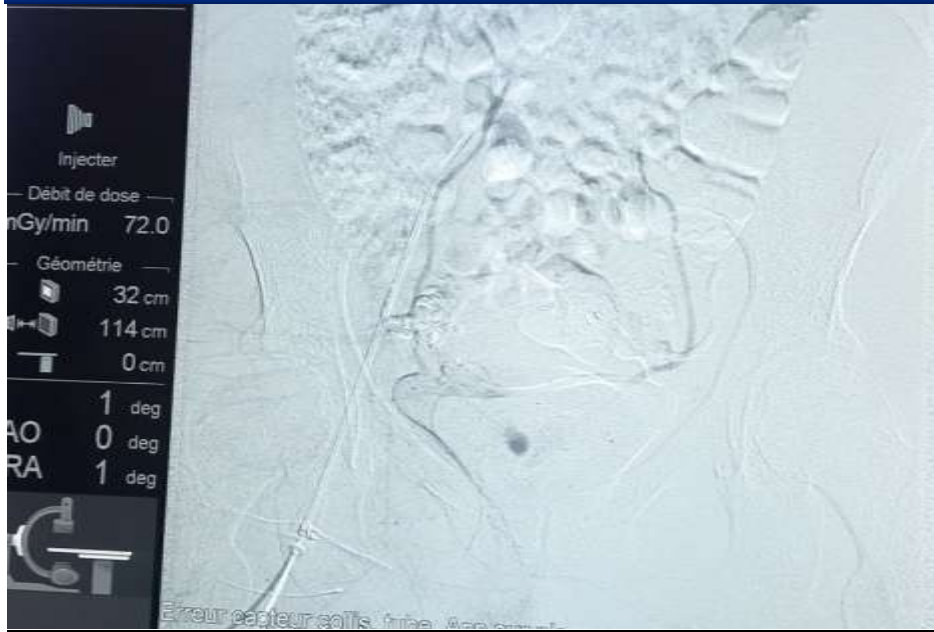
**Figure 1:** aspect échographique faisant évoquer une MAV ou une fistule artério veineuse



**Figure 2:** artériographie: cathétérisme utérin gauche avec image hypervasculaire intracavitaire



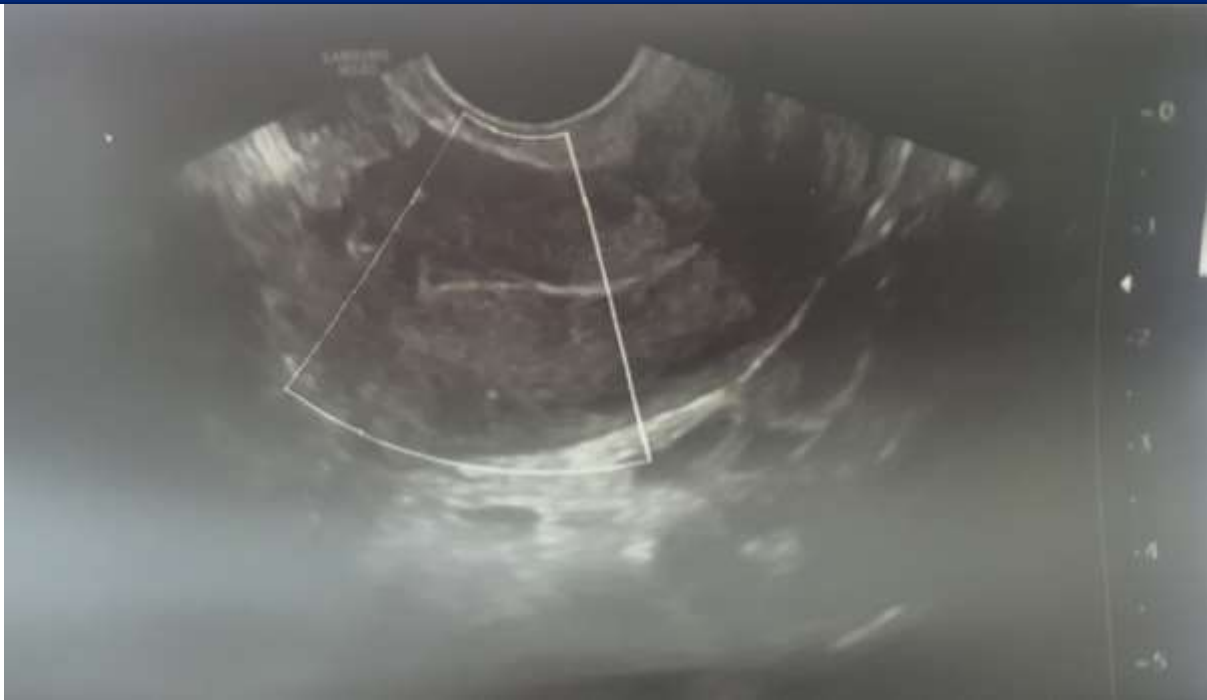
**Figure 3:** artériographie: cathétérisme utérin droit avec alimentation de l'image intracavitaire



**Figure 4:** embolisation des deux artères utérines avec dévascularisation de la lésion intracavitaire



**Figure 5:** contrôle échographique: faible vascularisation au doppler de la lésion intracavitaire



**Figure 6:** disparition de la lésion intracavitaire au contrôle échographique après retour de couches