

Grossesse sur cicatrice : à propos de 3 cas

Auteurs : Zineb Tazi, Yassine Belhaj, Sofia Jayi, Fatima-Zahra Fdili, Hekmat Chaara, Moulay Abdelilah Melhouf.

Department of Gynecology & Obstetric II –CHU Hasssan II- Fez - Morocco

Abstract : Résumé : La grossesse sur cicatrice de césarienne est une forme de grossesse ectopique représentant 6,1% des grossesses extra-utérines. Il s'agit d'une complication rare mais possible de l'utérus cicatriciel, où la grossesse est implantée et intégrée dans le myomètre d'une cicatrice de césarienne précédente. L'incidence est estimée sur les données de la littérature entre 1/1800 et 1/2200 naissances par césarienne. Il existe une nuance de diagnostic entre une grossesse cervicale, isthmique ou avortement en cours et une négligence peut retarder le diagnostic ou mettre en péril le pronostic obstétrical ou vital. Il faut toujours penser à ces diagnostics et différencier entre eux afin d'optimiser la prise en charge car le pronostic maternel par rupture utérine ou hémorragie peut être mis en jeu. Nous rapportons 3 cas de grossesses sur cicatrice.

Introduction :

La grossesse sur cicatrice est une entité rare qui correspond à l'implantation de la grossesse au niveau de la cicatrice d'hystérotomie secondaire à l'invasion du myomètre par le produit de conception, c'est donc une grossesse intra-utérine d'implantation pathologique.

Son incidence est en augmentation corrélée à un recours plus important aux césariennes, la symptomatologie n'est pas spécifique, polymorphe et peut être asymptomatique, parfois le tableau est celui d'une rupture utérine avec hémopéritoine.

C'est une pathologie qui peut engager le pronostic vital mais aussi fonctionnel de la femme. Les modalités de traitement ne sont pas très bien codifiées, néanmoins, la prise en charge doit être rapide et collégiale, et guidées par la symptomatologie et les données de l'échographie mais également l'expérience des équipes.

A travers notre cas clinique, nous voulons mettre en lumière les critères cliniques et échographiques ainsi que les modalités du traitement de la grossesse sur cicatrice.

Cas cliniques :

Cas 1 :

Madame B,N, de 34 ans, porteuse d'un utérus doublement cicatriciel, avec antécédent de salpingectomie droite pour grossesse extra utérine, G4P3, admise pour légères douleurs pelviennes sur aménorrhée de 8SA+2J. l'examen trouvait bon état hémodynamique, examen abdominal et gynécologique étaient normaux.

Echographie obstétricale: sac gestationnel à implantation isthmique dans la paroi antérieure avec un embryon à AC+ sans envahissement vésical suspectant une grossesse sur cicatrice (figure 1). La patiente a par la suite bénéficié d'une IRM confirmant le diagnostic (figure 2).



Figure 1 : images échographiques montrant le sac gestationnel isthmique avec embryon à AC+ avec signes d'envahissement myométrial (Mme B.N.)



Figure 2 : Aspect de la grossesse sur cicatrice sur IRM avec un myomètre mesuré à 1.6mm (Mme B.N.)

La décision en concertation avec la malade est une résection chirurgicale par laparotomie ,avec découverte en per-opératoire d'un assez bon état local et après abaissement de la vessie, la visualisation d'une voussure utérine antérieure isthmique en regard de l'ancienne cicatrice correspondant à la grossesse sur cicatrice (figure 3). Une hystérotomie a été réalisée avec ablation du sac correspondant puis fermeture myométriale en 2 plans. Les suites post-opératoires étaient sans particularités.



Figure 3 : aspect macroscopique de la grossesse sur cicatrice (Mme B.N.)

Cas 2 :

Il s'agit de madame H.B, porteuse d'un utérus triplement cicatriciel sans autre antécédent notables, 4^{ème} gèste, 3^{ème} pare, qui consulte pour saignements de faibles abondance sans autre symptôme associé sur une aménorrhée de 8SA et 6j chez qui l'examen trouve une patiente stable normotendue, normocarde, avec saignement minime provenant de l'endocol sur un col d'aspect gravide. L'échographie a montré un sac intramyométrial antérieur au niveau isthmique mesurant 23x17xmm sans embryon ni vésicule vitelline semblant correspondre à une grossesse sur cicatrice avec une diminution de l'épaisseur myométriale sans autre signe échographique (figure 4).

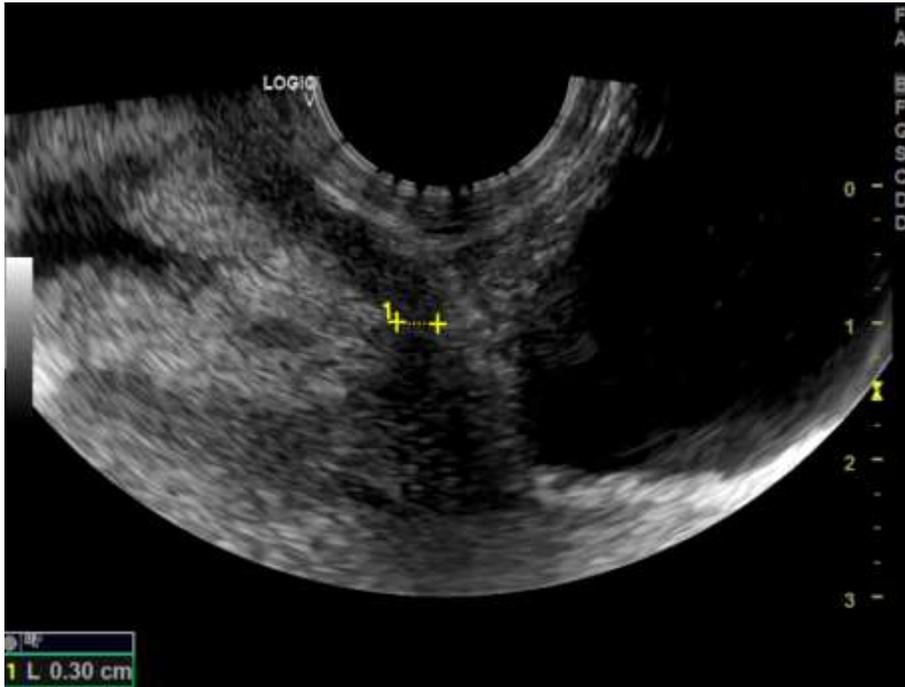


Figure 4 : aspect échographique de la grossesse sur cicatrice (Mme H.B.)

La prise en charge a consisté en une mini laparotomie, et après décollement vésical, l'exploration objective une voussure correspondant à la grossesse sur cicatrice (figure 5). Une incision en regard a été réalisée avec aspiration et nettoyage du tissu trophoblastique puis fermeture myométriale par deux points en X puis des points séparés.



Figure 5 : aspect macroscopique de la grossesse sur cicatrice (Mme H.B.) avant et après incision.

Cas 3 :

Il s'agit de Mme A.L. âgée 36 ans, opérée à trois reprises pour césarienne, G4P3, qui consulte pour des métrorragies de faible abondance sur aménorrhée de 10SA+2jours, chez qui l'examen à l'admission trouve une patiente consciente, stable sur le plan hémodynamique et respiratoire avec à l'examen gynécologique, au speculum : col gravide d'aspect normal, saignements de faible provenant d'endocol. La patiente a bénéficié d'un bilan à visée diagnostic fait du couple BHCG+ échographie pelvienne qui est revenu en faveur de B HCG à 11 386Mu et l'échographie pelvienne retrouve un utérus de taille normale de 80*56mm, la ligne d'interface suivie jusqu'au fond interrompue au niveau isthmique par une image arrondie à contours hyperéchogène et centre anéchogène en faveur d'un sac gestationnel sans embryon ni vésicule vitelline de 31*38 mm respectant le mur antérieur mesuré à 3 mm, sans signe d'accréta ni bombement antérieur ni de vascularisation, Le col était libre, Les ovaires vus sans épanchement.

La patiente a bénéficié d'une aspiration échoguidée ramenant des tissus trophoblastiques mais marquée par la survenue d'un saignement provenant de l'endocol sans épanchement mais avec la persistance d'une image de rétention au niveau isthmique d'où le démarrage de la transfusion et la conversion en mini laparotomie pour suspicion de grossesse sur cicatrice

A l'exploration : Décollement vésical prudent, Incision en regard de la cicatrice, Découverte d'un tissu adhérent de part et d'autre de l'incision, Excision et ablation du site de la cicatrice emportant le tissu trophoblastique. Les suites post opératoires étaient simples.

Discussion :

La grossesse sur cicatrice est l'implantation de la grossesse dans un défaut myométrial, secondaire à la déhiscence de la portion antérieure du segment inférieur cicatriciel. Au sens strict il ne s'agit pas d'une grossesse extra-utérine, mais une grossesse intra-utérine d'implantation pathologique. L'incidence est en augmentation, directement liée à l'augmentation des naissances par césarienne, est entre 1/1800 à 1/2656 grossesses. Le premier cas de grossesse sur cicatrice traitée chirurgicalement fut rapporté par Rampen et Albert en 1990, La présentation clinique est très variable, elle est asymptomatique chez un tiers des patientes, des métrorragies du premier trimestre surtout associées ou non à des douleurs pelviennes dans un contexte d'aménorrhée. Un quart des patientes peuvent présenter des douleurs pelviennes isolées ce qui était le cas chez notre patiente, et lorsque la grossesse est plus avancée, des saignements importants peuvent engager le pronostic vital de la patiente dans un tableau de rupture utérine avec hémopéritoine. [1,2]

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

L'échographie a un rôle fondamentale dans le diagnostic de la GSC, en effet les critères ont été établis par Vial en 2000 bien que d'autres auteurs ont proposé des modifications :

- **Signes directs** 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

- **Signes indirects**: diminution de l'épaisseur du myomètre entre le sac gestationnel et la vessie reflétant la profondeur de l'implantation, bombement du segment inférieur de l'utérus dans la cavité vésicale, hyper vascularisation péri-trophoblastique objectivée par le doppler couleur, « negative sliding organ sign » [2].

L'échographie 3D peut être un complément intéressant pour apprécier l'épaisseur myométriale entre la grossesse et la vessie, et même dans d'autres situations : comme l'obésité ou des utérus rétroversés, l'imagerie par résonance magnétique n'est pas systématique, mais cet examen peut être utile dans le cas où les résultats de l'échographie ne sont pas concluants.

Dans tous les cas, l'utilité des imageries standards et complémentaires dépendra de l'expérience du praticien, et ne doit pas retarder la prise en charge

On distingue deux types de grossesses sur cicatrice :

- L'implantation de type 1, qui peut aboutir à des grossesses viables, au prix d'un risque hémorragique accru lié à l'implantation, elle correspond à l'implantation partielle ou totale de la grossesse sur la cicatrice avec croissance du sac vers la cavité utérine

- L'implantation de type 2, dans la niche, ou le sac gestationnel s'implante profondément dans une cicatrice de césarienne, et peut même se développer vers la vessie ou la cavité abdominale, sur l'imagerie : moins de 50 pc du sac se développe dans la cavité utérine [3]

Le but du traitement est de diminuer la mortalité et la morbidité maternelle ainsi que de préserver la fertilité, Les approches sont variées, et associent parfois plusieurs modalités, avec des préférences selon les équipes, mais la prise en charge dépend de l'état hémodynamique de la patiente, de l'âge gestationnel, la localisation exacte et myomètre résiduel, le désir de fertilité, et l'expérience des équipes.

Dans une étude australienne parue en 2019 portant sur 28 patientes, qui ont bénéficié d'un traitement médical à base de doses élevées de méthotrexate, le taux de succès était établi à 85 pourcent. Dans une revue parue en 2015 regroupant 27 articles avec un total de 40 patientes, le taux de succès par traitement au METHOTREXATE était à 55 pourcent, et 83 pourcent associé à d'autres interventions notamment l'injection locale de METHOTREXATE, dilution et curetage, ou embolisation artérielle avec dilatation et curetage [2,3].

Beaucoup d'auteurs ne recommandent pas l'utilisation du méthotrexate par voie systémique à cause de la mauvaise vascularisation du tissu fibreux qui enveloppe la grossesse sur cicatrice. Selon un article publié par la société de médecine fœtale en coordination avec l'AMERICAN SOCIETY OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS en 2020, le traitement systémique n'est pas recommandé, néanmoins avec un grade 2c, on recommande l'injection intra-gestationnelle de METHO –encore faut-il des mains d'experts et un panel adapté- avec un taux de succès important [4], effectivement, une revue de littérature de <CHEUNG> rapporte un taux de succès de 73 pourcent, et 88.5 en rajoutant une deuxième injection intra gestationnelle de méthotrexate.

Il paraît qu'il existe des facteurs de non réponse au traitement médical : le taux élevé de BHCG (10000 -20000 selon les études) la taille du Sac (3-4), la présence d'Activité cardiaque, n'oublions pas l'intervalle de résolution de la symptomatologie qui est très important avec le traitement médical : avec une médiane de 88 jours, avec les coups de la surveillance mais aussi du risque de complications. Il est très difficile de prédire le taux de succès pour les grossesses avancées «>6-8 SA » [1]

L'avantage du traitement chirurgical est qu'il permet de réparer le tissu cicatriciel du segment inférieur –quoique à ce jour, on ne sait pas si cette approche permet de diminuer le risque de récurrence – l'approche laparoscopique est réservée à des mains entraînées, un article publié par l'AJOG en 2021 expose le cas d'une patiente qui a bénéficié d'un traitement laparoscopique en proposant des astuces pour minimiser le risque hémorragique [5]

L'aspiration curetage <AC >est une technique dangereuse, sujet de débat, qui semble être associée à un risque important de saignement, mais le risque est moindre lorsqu'il est écho-guidé. Plusieurs auteurs ont suggéré l'utilisation de l'épaisseur myométriale comme critère de sélection des patientes éligibles à cette technique, une étude rétrospective parue en 2022 portant sur 64 patientes traitées par l'aspiration curetage en Turquie, ne retrouve pas de corrélation entre l'épaisseur du myomètre antérieur sain et le taux de succès de cette technique [6]. Dans une autre étude rétrospective chinoise en 2015 portant sur 174 patientes, le taux de succès était plus important et moins hémorragique lorsque l'épaisseur myométriale est supérieure 0.2cm, il faut garder à l'esprit que l'appréciation échographique de cette épaisseur n'est pas toujours corrélée à l'aspect hystérocopie, d'où l'intérêt de l'IRM pour une meilleure appréciation, c'est d'ailleurs la raison pour laquelle un groupe d'auteurs chinois ont décrit dans un article 3 étapes cruciales pour un curetage aspiration plus sûr : il s'agit de compléter par une hystérosonographie puis une hystérocopie, et une laparoscopie en même temps, pour une meilleure cartographie de la grossesse, profondeur d'invasion, présence ou non d'une invasion vésicale ou d'une rupture utérine, une embolisation des artères utérines a été faite bien avant le geste. Bien que l'épaisseur myométriale est sujet de débat, il paraît logique d'éviter ce traitement lorsque la grossesse est avancée et implantée profondément dans le myomètre. Plusieurs études s'accordent sur le fait que la grossesse jeune <7 semaines d'aménorrhée est un facteur de bon pronostic pour la réussite du geste. La résection hystérocopique est une alternative intéressante et récente, elle permet une coagulation efficace du pied vasculaire de la masse [7]. L'embolisation reste un traitement symptomatique non curatif, en effet elle permet un contrôle et traite les complications hémorragiques, elle peut être associée aux autres modalités de traitement [8].

Conclusion : Bien que rare, la grossesse sur cicatrice peut engager le pronostic fonctionnel, et même vital de la patiente. Devant un utérus cicatriciel, il faut s'acharner à éliminer cette entité, surtout devant des signes d'appels. Le diagnostic se fait généralement par échographie et en cas de doute l'IRM peut être demandée. La prise en charge n'est pas consensuelle et sera guidée par la clinique, les données échographiques ainsi que l'expérience des équipes.

Références :

1. Nijjar S, Jauniaux E, Jurkovic D. Surgical evacuation of cesarean scar ectopic pregnancies. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2023 Jul;89:102361
2. E. Nohuz, L. Noel, K. Lepinay, T. Michy, G. Lamblin, J. Massardier, G. Chêne, Comment je fais...le diagnostic d'une grossesse sur cicatrice de césarienne, *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, Volume 50, Issue 2, 2022, Pages 194-200, ISSN 2468-7189
3. L. Maheut, S. Seconda, E. Bauville, J. Levêque, Grossesse sur cicatrice de césarienne : un cas clinique de traitement conservateur, *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, Volume 39, Issue 3, 2010, Pages 254-258, ISSN 0368-2315
4. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM); Miller R, Gyamfi-Bannerman C; Publications Committee. Electronic address: pubs@smfm.org. Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series #63: Cesarean scar ectopic pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2022 Sep;227(3):B9-B20
5. Pickett CM, Minalt N, Higgins OM, Bernard C, Kasper KM. A laparoscopic approach to cesarean scar ectopic pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2022 Mar;226(3):417-419
6. Di Spienzo Sardo A, Zizolfi B, Saccone G, et al. Hysteroscopic resection vs ultrasound-guided dilation and evacuation for treatment of cesarean scar ectopic pregnancy: a randomized clinical trial. *Am J Obstet Gynecol* 2023;XX:x.ex-x.ex.
7. Deans R, Abbott J. Hysteroscopic management of cesarean scar ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 2010;93(6):1735-40.
8. J. Le Gall, A. Fichez, G. Lamblin, C.A. Philip, C. Huissoud, Grossesse sur cicatrice de césarienne : traitement combiné avec embolisation des artères utérines avant procédure chirurgicale, *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, Volume 43, Issue 3, 2015, Pages 191-199, ISSN 1297-9589



CARE Checklist of information to include when writing a case report



Topic	Item	Checklist item description	Reported on Line
Title	1	The diagnosis or intervention of primary focus followed by the words "case report"	<input checked="" type="checkbox"/>
Key Words	2	2 to 5 key words that identify diagnoses or interventions in this case report, including "case report"	<input checked="" type="checkbox"/>
Abstract (no references)	3a	Introduction: What is unique about this case and what does it add to the scientific literature?	<input checked="" type="checkbox"/>
	3b	Main symptoms and/or important clinical findings	<input checked="" type="checkbox"/>
	3c	The main diagnoses, therapeutic interventions, and outcomes	<input checked="" type="checkbox"/>
	3d	Conclusion—What is the main "take-away" lesson(s) from this case?	<input checked="" type="checkbox"/>
Introduction	4	One or two paragraphs summarizing why this case is unique (may include references)	<input checked="" type="checkbox"/>
Patient Information	5a	De-identified patient specific information.	<input checked="" type="checkbox"/>
	5b	Primary concerns and symptoms of the patient.	<input checked="" type="checkbox"/>
	5c	Medical, family, and psycho-social history including relevant genetic information	<input checked="" type="checkbox"/>
	5d	Relevant past interventions with outcomes	<input checked="" type="checkbox"/>
Clinical Findings	6	Describe significant physical examination (PE) and important clinical findings.	<input checked="" type="checkbox"/>
Timeline	7	Historical and current information from this episode of care organized as a timeline	<input checked="" type="checkbox"/>
Diagnostic Assessment	8a	Diagnostic testing (such as PE, laboratory testing, imaging, surveys).	<input checked="" type="checkbox"/>
	8b	Diagnostic challenges (such as access to testing, financial, or cultural)	<input checked="" type="checkbox"/>
	8c	Diagnosis (including other diagnoses considered)	<input checked="" type="checkbox"/>
	8d	Prognosis (such as staging in oncology) where applicable	<input checked="" type="checkbox"/>
Therapeutic Intervention	9a	Types of therapeutic intervention (such as pharmacologic, surgical, preventive, self-care)	<input checked="" type="checkbox"/>
	9b	Administration of therapeutic intervention (such as dosage, strength, duration)	<input checked="" type="checkbox"/>
	9c	Changes in therapeutic intervention (with rationale)	<input checked="" type="checkbox"/>
Follow-up and Outcomes	10a	Clinician and patient-assessed outcomes (<i>if available</i>)	<input checked="" type="checkbox"/>
	10b	Important follow-up diagnostic and other test results	<input checked="" type="checkbox"/>
	10c	Intervention adherence and tolerability (How was this assessed?)	<input checked="" type="checkbox"/>
	10d	Adverse and unanticipated events	<input checked="" type="checkbox"/>
Discussion	11a	A scientific discussion of the strengths AND limitations associated with this case report	<input checked="" type="checkbox"/>
	11b	Discussion of the relevant medical literature with references	<input checked="" type="checkbox"/>
	11c	The scientific rationale for any conclusions (including assessment of possible causes)	<input checked="" type="checkbox"/>
	11d	The primary "take-away" lessons of this case report (without references) in a one paragraph conclusion	<input checked="" type="checkbox"/>
Patient Perspective	12	The patient should share their perspective in one to two paragraphs on the treatment(s) they received	<input checked="" type="checkbox"/>
Informed Consent	13	Did the patient give informed consent? Please provide if requested	Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

9.