

Grossesse sur Cicatrice de Césarienne : Diagnostic et Prise en Charge

Youssef Janati Idrissi, Abraham Alexis SANOH, Yassine Belhaj, Sofia JAYI, Fatima Zohra FDILI Alaoui, Hikmat Chaara, Moulay Abdelilah Melhouf

Centre Hospitalier Universitaire de Fès ; Université sidi Mohamed Ben Abdellah de Fès,

Auteur correspondant : **youssef janati idrissi**, youssefjanati12345@gmail.com/ Résident de Gynécologie obstétrique, CHU Hassan II de Fès, Maroc

Abstract : Résumé : *La grossesse après une cicatrice de césarienne est une forme rare de grossesse extra-utérine qui peut être mortelle et fonctionnellement menaçante pour la patiente en raison d'un saignement ou d'une rupture utérine précoce. La vigilance accrue des obstétriciens-gynécologues pour l'échographie diagnostique, qui reste l'examen de première intention, est attestée par les augmentations d'incidence et de cas publiés au cours de la dernière décennie, en réduisant la morbi-mortalité dans cette entité et en offrant des opportunités aux patientes pour profiter des avancées thérapeutiques sans qu'il ait un consensus en matière de prise en charge. Grâce à nos observations illustratives et à notre revue de la littérature, nous mettrons à jour nos connaissances sur les conditions associées à la production de cet événement iatrogène, les difficultés de diagnostic précoce et les défis du traitement.*

Keywords : Mots clés : grossesse ectopique, cicatrice de césarienne, urgence obstétricale

Introduction

Une grossesse avec cicatrice césarienne est une grossesse extra-utérine avec localisation et cicatrisation de l'isthme du col de l'utérus. L'incidence estimée est comprise entre 1:1800 et 1:2216 [1]. Seuls des rapports de cas et des séries limitées sont retrouvés dans la littérature [2]. Il comporte le risque de saignements massifs et incontrôlables. Le manque de connaissances ou un diagnostic tardif peuvent être associés à des complications graves telles que des saignements utérins, une rupture utérine [3] et des séquelles obstétricales irréversibles. L'hystérectomie est le traitement standard des saignements majeurs. Un diagnostic préliminaire et précis permet un traitement conservateur réussi [4-5]. Les éléments échographiques diagnostiques que nous décrivons peuvent aider à améliorer la prise en charge des grossesses cicatricielles par césarienne.

Patientes et observations

Cas N°1

Mme H.B âgée de 40 ans, sixième geste, troisième pare, mère de 3 enfants. Dans ses antécédents obstétricaux on trouve deux fausses couches spontanées et trois accouchements par césarienne (la première en 2016 pour stagnation de la dilatation à 4 cm, la deuxième en 2018 pour diabète gestationnel et la troisième 2020 pour utérus doublement cicatriciel). Elle consulte aux urgences gynécologiques pour des douleurs pelviennes et métrorragies minimales évoluant depuis 3 jours sur aménorrhée de 08 semaines + 6 jours selon une DDR précise du 22/03/2022. À l'examen clinique initial, l'état hémodynamique était stable, la palpation abdominale ne retrouvait aucun critère de gravité, l'examen au speculum a confirmé l'origine endo-utérine du saignement, et le toucher vaginal combiné au palper abdominal a objectivé un utérus augmenté de taille sans masse latéro-utérine palpable ni signes d'irritation péritonéale. Une première échographie avait conclu à un sac gestationnel isthmique avec échographie embryonnaire dont la longueur crânio-caudale correspondait à 8 SA avec une activité cardiaque présente. Le sac gestationnel a été visualisé au sein du myomètre au niveau de la cicatrice à 1 mm de la vessie. Le bilan préopératoire était sans anomalies et la patiente a bénéficié d'une laparotomie exploratrice sous anesthésie générale. À l'exploration on trouvait une vessie adhérente à la face antérieure de l'utérus, avec présence d'adhérences sigmoïdo-annexielles. Les opérateurs ont procédé au début à un décollement de la vessie avec une ligature vasculaire sélective, puis au décollement de la vessie en antérieur, à la ligature des pédicules utérins et à l'exérèse large de la cicatrice emportant le sac gestationnel et la réfection par la suite de la cicatrice utérine.

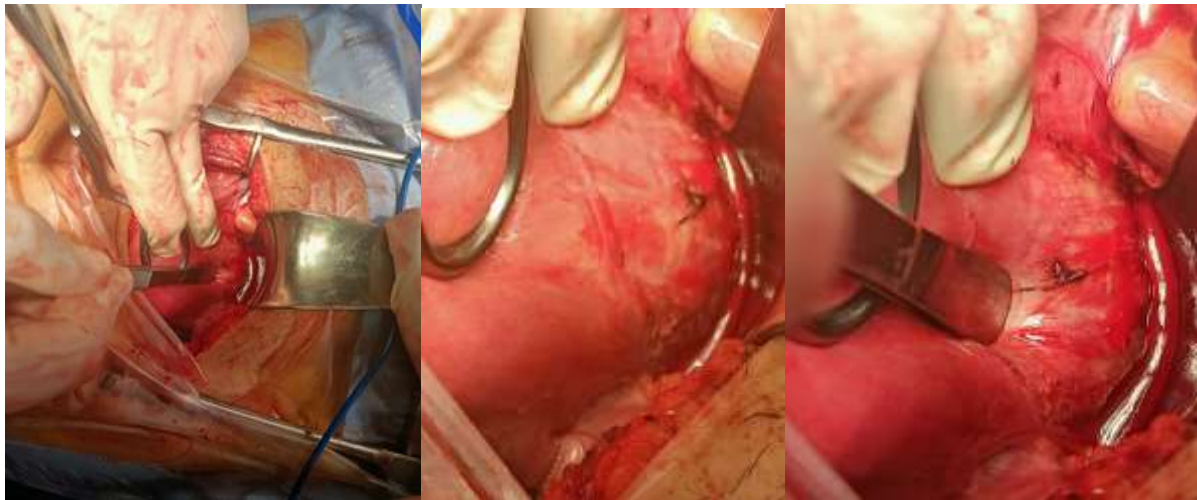
Cas N°2

Mme AS, 23 ans, troisième geste, deuxième pare, porteuse d'un utérus doublement cicatriciel : la première césarienne était un dépassement de terme, et le deuxième utérus cicatriciel plus macrosomie. Elle a été consultée aux urgences gynécologiques pour des douleurs pelviennes et des saignements utérins noirs peu abondants durant trois jours à 7 semaines d'aménorrhée.

L'état hémodynamique de l'examen clinique était stable, la palpation abdominale n'a révélé aucune sensibilité, l'examen au spéculum a confirmé que le saignement provenait de l'utérus, le toucher vaginal combiné à la palpation abdominale a confirmé que l'utérus était légèrement augmenté de taille sans masse latérotérine ou de signe d'irritation péritonéale. La première échographie aux urgences a révélé : 2 sacs gestationnels, le premier au niveau du fond utérin à contenu hypoéchogène (embryon en lyse), le 2eme sac bas située 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.

L'IRM pelvienne était en faveur d'une grossesse au niveau de la cicatrice de césarienne avec un épaississement myométriale mesuré à 2 mm Au jour +2 de son hospitalisation, la patiente a présenté une aggravation des symptômes avec une augmentation de l'intensité des douleurs pelviennes accompagnées d'un saignement modéré nécessitant une laparotomie.

A l'exploration, on note la présence d'une tuméfaction bleue de l'isthme gauche visible à travers le péritoine viscéral (Fig. 1), et l'incision après décollement et abaissement de la vessie révèle le résultat de la conception du produit (Fig. 2 et 3). Ainsi sa résection a été réalisée ainsi que celle de la cicatrice avant de faire l'hystérorraphie. Les suites postopératoires étaient simples. Le taux de β HCG est revenu négatif au bout de 2 semaines.



Figures1, 2, 3

Discussion

Incidence, facteurs de risques et physiopathologie

L'incidence des grossesses après cicatrice de césarienne est de 1:1800 grossesses ou 1:2216 grossesses [1]. Le risque de placenta prævia augmente avec le nombre de césariennes précédentes ; 4,5 pour une cicatrice, 7,4 pour deux cicatrices, puis 6,5 pour trois cicatrices et 44,9 pour au moins quatre cicatrices [6]. Le premier cas a été rapporté en 1978, et le nombre de cas rapportés n'a cessé depuis : seulement 19 cas en 2001, 161 en 2007, et plus de 1000 cas ont été rapportés à ce jour [7-8]. Cela est dû en partie à l'augmentation du nombre de césariennes, à la disponibilité de l'échographie pour l'évaluation précoce de la grossesse et au fait que les obstétriciens n'interprètent pas mal cette entité. Diverses théories ont été avancées pour expliquer pourquoi l'embryon en développement s'implante dans la cicatrice de césarienne. L'hypothèse la plus probable est que le myomètre précoce micro déficient du blastocyste envahit l'endomètre au niveau de la cicatrice d'hystérotomie dépourvue de la caduque basale, expliquant le myomètre complet du sac gestationnel entouré de tissu cicatriciel fibreux indépendant de la cavité endométriale [9] Comme son nom l'indique, les antécédents d'accouchement par césarienne restent le principal facteur déclenchant, mais aucune étude n'a encore criminalisé de manière formelle l'exposition aux circonstances particulières dans lesquelles ce phénomène s'est produit [3, 10]

- Il ne semble pas y avoir de corrélation entre le nombre de césariennes précédentes et le risque de grossesse au niveau de la cicatrice de césarienne.
- Sans lien direct avec les indications de césarienne.
- Les mêmes techniques chirurgicales utilisées pour les césariennes précédentes ne seront pas utilisées.

• Ou entre la grossesse cicatricielle par césarienne et la dernière césarienne. Cependant, la coexistence de l'une des conditions ci-dessus nous a obligés à porter une attention particulière et à considérer les grossesses problématiques comme des situations dangereuses nécessitant un suivi dans des centres tertiaires. Le placenta prævia était le principal facteur de risque d'accréta (RR=2065). Le placenta accréta sur cicatrice de césarienne présente un risque d'accréta (RR = 4,5) [11]. L'âge supérieur à 35 ans augmente ce risque de 30,3 % si le placenta est attaché antérieurement ou centralement avec cicatrice, contre 14,6 % s'il n'y a pas de cicatrice [13].

Ces facteurs de risque ont été retrouvés chez nos patients. Prenons nos patients comme exemple : La première a développé sa grossesse sur la troisième cicatrice, la seconde sur un utérus doublement cicatriciel.

La présentation clinique est très variable et dite trompeuse. 39 % des cas étaient des saignements utérins plus ou moins importants, observés chez des femmes enceintes prématurées ayant au moins un antécédent de césarienne, et 16 % des cas pouvaient s'accompagner de douleurs pelviennes, qui peuvent être la cause principale de 9% des cas Symptômes, et dans 37% des cas on peut rencontrer des femmes asymptomatiques ; alors que les cas les plus frappants agissent sur l'état hémodynamiques, En cas d'instabilité médicale, l'association des 2 signes ci-dessus. Nos patientes auraient une mauvaise cicatrisation. La fibrose et la faible vascularisation de la région seraient responsables d'une cicatrisation insuffisante et plus large sur un utérus multi cicatriciel [9]. Les autres facteurs de risques décrits sont : les manœuvres endo utérines antérieures, le nombre (> 2) et l'indication des césariennes [9], la fécondation in vitro [11]. Un quart de cicatrices de césarienne, seraient défectueuses et présenteraient une déformation en baïonnette au niveau de la paroi utérine antérieure lorsqu'elles sont examinées en coupe sagittale en échographie endo vaginale par une sonde à haute fréquence ou en hystérosonographie [12]

Diagnostic

La clinique peut être asymptomatique. Dans une série, jusqu'à 40 % des patientes n'avaient ni douleur ni saignement vaginal [13]. Les saignements peuvent aller d'un simple spotting à une hémorragie potentiellement mortelle. Elle peut être spontanée ou iatrogène après curetage. Diagnostiqué à tort comme un avortement par dilatation et curetage dès le départ, peut entraîner des saignements massifs [13-14]. La douleur pelvienne est le principal symptôme. Le diagnostic biologique n'est plus nécessaire, l'œuf est bien individualisé à l'échographie avec une activité cardiaque embryonnaire. Le test B-hcg peut être utilisé pour le suivi post-traitement.

Un diagnostic définitif a été posé en raison des résultats échographiques décrits pour la première fois par Vial [15]. Le flux Doppler couleur a révélé une hypervascularisation des trophoblastes environnants [12]. Dans le cas d'une grossesse intra-utérine, elle est moins fréquente sur la cicatrice. Ceci a été confirmé par d'autres auteurs [12-13]. Grâce au Doppler pulsé, l'activité cardiaque embryonnaire est objectivée. Son absence conduit à rechercher un « signe négatif d'organe glissant » [1]. En fait, il s'agit d'appliquer une légère pression sur le col à l'aide d'une sonde intra-vaginale pour voir si le sac gestationnel s'est glissé entre les parois antérieure et postérieure. L'absence de déplacement de la poche confirmerait l'hypothèse diagnostique d'une grossesse cicatricielle. Autres signes : ballonnement vésical à l'échographie pelvienne (gonflement du segment utérin inférieur dans la cavité vésicale) [16], en 3D, non recherché en IRM. Ces tests ne sont pas systématiquement recommandés [7].

Diagnostic différentiel à évoquer échographiquement sur un utérus cicatriciel sont :

Grossesse cervicale : implantation dans le canal cervical. L'orifice interne se referme sur l'œuf.

Grossesse isthmique : Les trophoblastes ne sont majoritairement pas situés à côté de la rupture de continuité de la paroi antérieure. Grossesse insertion basse. Il peut ensuite migrer dans la cavité utérine.

Fausse couche en cours : "negative sliding organ sign" négatif dans ce cas. Pas de trophoblastes environnants hypervascularisés. Une échographie précédente peut avoir localisé l'œuf en développement dans la cavité utérine.

Traitement

Le traitement tient compte de l'âge gestationnel, des traitements disponibles, du désir de fertilité future de la patiente, de l'expérience de l'équipe soignante et des complications du traitement de première ligne. En effet, durant la période de traitement, y compris l'interruption de grossesse par traitement médical (méthotrexate) ou traitement chirurgical (laparotomie ou laparoscopie), plusieurs conditions doivent être garanties [17] :

- Des saignements graves, potentiellement mortels, sont attendus.
- Compléter un plan de prise en charge pour prévenir et/ou contrôler les saignements afin d'éviter l'hystérectomie.
- Disponibilité des produits sanguins.

- Formulaire de consentement éclairé de la patiente expliquant le besoin imminent d'une éventuelle hystérectomie et les risques à court et à long terme de chaque traitement.
- Disponibilité de plateformes technologiques de radiologie interventionnelle Expérimentées en artériographie et en embolisation des artères pelviennes pour contrôler tout saignement en alternative à l'hystérectomie [18]. Lorsqu'elle est attendue, la rupture utérine peut se développer spontanément [13]. Le curetage peut entraîner une hémorragie sévère nécessitant une hystérectomie totale de rattrapage [16]. Quant au traitement chirurgical conservateur, la laparotomie permet d'enlever complètement le tissu cicatriciel et trophoblastique [12]. La chirurgie hystéroscopique a entraîné une régression rapide des β -hcg en un mois en moyenne [2]. Une échographie permettra de confirmer la vacuité utérine lors du suivi, sans rupture ni perforation de l'utérus. De loin, on peut apprécier la qualité de la cicatrice. En cas de grossesse ultérieure, une localisation précoce du site d'implantation du trophoblaste sera utile. Cette évolution est bénéfique pour nos patientes. Ce succès peut être attribué à un diagnostic précis précoce et à l'âge gestationnel. Quant au pronostic, le risque de récurrence est la principale crainte de tout patiente. Greshukhina a un taux de récurrence de 40%, mais il existe un consensus sur le fait que tout programme de grossesse après une grossesse cicatricielle doit être programmé, y compris des intervalles de sécurité allant de 3 mois à 1 ou 2 ans, Une échographie précoce tout au long de la grossesse est recommandée pour s'assurer de sa position, tout en recherchant tout signe de placenta accréta, et le travail doit également être planifié et la plupart des auteurs s'accordent pour dire que la césarienne itérative est pratiquée chez ces patientes.

CONCLUSION

La grossesse cicatricielle est une complication tardive de la césarienne. Il peut être classé comme ayant la même gravité que le placenta accréta. L'importance d'un diagnostic précoce est que les méthodes de traitement appropriées peuvent être sélectionnées en fonction du plateau technique et des souhaits du patient. Cela peut limiter les complications hémorragiques graves qui accompagnent souvent l'hystérectomie totale, compromettant la fertilité ultérieure de la patiente où la mort maternelle peut être évitée. L'échographe actuel, dans un contexte clinique, avec une grossesse sur un utérus cicatriciel, devrait rechercher activement avec la localisation de l'isthme cervical, tous les repères échographiques conventionnels plus les modes Doppler couleur et pulsé et la mesure du débit, "Un signe d'organe glissant négatif" rejette l'emplacement possible de la cicatrice de césarienne. L'intérêt est d'adapter la prise en charge de cette forme ectopie gravidique au contexte en limitant la morbi-mortalité y relative.

Conflits d'intérêts :

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

RÉFÉRENCES

1. Belinga E, Mbo AJ, Hanen C, Ali EH, Voulgaropoulos M, Dauptain G, Cordesse A, Nkoo 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
2. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A. Unforeseen consequences of the increasing rate of cesarean deliveries: early placenta accreta and cesarean scar pregnancy. A review. *Am J Obstet Gynecol*. 2012; 207(1): 14-29. PubMed | Google Scholar
3. Rotas MA, Haberman S, Levгур M. CesareanScarEctopicPregnancies: Etiology, Diagnosis and Management. *Obstetrics & Gynecology*. 2006; 107(6): 1373- 81. PubMed | Google Scholar
4. Riethmuller, D., et al., Prise en charge de la grossesse extra-utérine: les autres ectopies (cervicales et abdominales).2003.
5. Thouveny, A., Grossesses extra utérines de localisations rares: à propos de 28 cas. Analyse des pratiques et proposition de protocoles thérapeutiques pour la Maternité Régionale Universitaire de Nancy. 2013, Université de Lorraine.
6. Jannet D, Jerbi M. Utérus cicatriciel. In: cabrol D, Pons J-C, Goffinet F, editors. *Traité d'obstétrique*. Paris: Flammarion Médecine-Sciences ;2003.p.337-45.
7. Seow KM, Huang LW, Lin YH, Lin MY, Tsai YL, Hwang JL.Caesarean scar pregnancy: issues in management. *Ultra-sound Obstet Gynecol* 2004;23:247-53.
8. Fylstra DL. Ectopic pregnancy within a caesarean scar: a review. *Obstet Gynecol Surv* 2002;57:537-43.
9. 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
10. Ash A, Smith A, Maxwell D. Caesarean scar pregnancy. *BJOG* 2007;114:253-63.
11. Miller D A, Chollet JA, Murphy Goodwin T. Clinical risk factors for placenta praevia - placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol*. 1997;177:210-14.

12. Jurkovic D, Hillaby K, Woelfer B, Lawrence A, Salim R, Elson CJ. First-trimester diagnosis of pregnancy implanted into the lower uterine segment cesarean section scar. *Ultrasound obstet gynecol.* 2003;21:220-27.
13. Larsen JV, Solomon MH. Pregnancy in a uterine scar sacculus-an unusual cause of postabortal haemorrhage. *S Afr Med J.* 1978 Jan 28;53(4):142-3. PubMed | Google
14. Riethmuller D, Courtois L, Maillet, Schaal J-P. Prise en charge de la grossesse extra-utérine : les autres ectopies (cervicales et abdominales). *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2003;32:101-08.
15. VShih JC. Cesarean scar pregnancy: diagnosis with three-dimensional (3D) ultrasound and 3D power Doppler. *Ultra-sound Obstet Gynecol* 2004;23:306-7.
16. Godin PA, Bassil S, Donnez J. An ectopic pregnancy developing in a previous caesarian section scar. *Fertil Steril* 1997;67:398-400.
17. Chetty M, Elson J. Treating non-tubal ectopic pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2009;23:529-38.
18. Thouveny A. Grossesses extra utérines de localisations rares : à propos de 28 cas. Analyse des pratiques et proposition de protocoles thérapeutiques pour la Maternité Régionale Universitaire de Nancy. 2013; hal01734374, version 1. Google Scholar