

CAS CLINIQUE

RUPTURE UTÉRINE EN DÉBUT DE GROSSESSE SUR CICATRICE DE CÉSARIENNE

SALSAC N (1), BRICHANT G (1), PETIT P (1), CHANTRAINE F (1), NISOLLE M (1)

RÉSUMÉ : La grossesse sur cicatrice de césarienne est une forme rare de grossesse extra-utérine mais dont la fréquence augmente en raison du nombre croissant de césariennes et du progrès de l'imagerie médicale. Il en existe deux types en fonction de la profondeur d'implantation : le type I endogène et le type II exogène. Dans les cas d'une grossesse sur cicatrice de césarienne de type II, la complication principale est la rupture utérine qui pourrait engager le pronostic vital de la patiente. Un diagnostic et un traitement précoce sont donc primordiaux pour la patiente. Nous rapportons le cas d'une patiente en début de grossesse avec un antécédent de césarienne qui se présente pour des douleurs abdominales aiguës dues à une rupture utérine.

MOTS-CLÉS : *Grossesse sur cicatrice de césarienne - Grossesse extra-utérine - Rupture utérine*

UTERINE RUPTURE IN A PATIENT WITH A CAESAREAN SCAR PREGNANCY

SUMMARY : Caesarean scar pregnancy is a rare form of ectopic pregnancy, but it is increasingly common due to the increasing number of caesarean sections and advances in medical imaging. There are two types of caesarean scar pregnancy depending on the depth of the implantation : endogenous type I and exogenous type II. In the case of a pregnancy resulting from a type II caesarean scar, the main complication is uterine rupture, which could be life-threatening for the patient. Early diagnosis and treatment are therefore essential for the woman. We report the case of a patient in early pregnancy with a history of caesarean section who presented with severe pelvic pain due to uterine rupture.

KEYWORDS : *Cesarean scar pregnancy - Ectopic pregnancy - Uterine rupture*

INTRODUCTION

Les grossesses ectopiques représentent jusqu'à 2 % des grossesses. La grossesse sur cicatrice de césarienne (CSP : Cesarean Scar Pregnancy) est une nouvelle forme de grossesse ectopique dont la fréquence est en augmentation en raison de l'incidence de césariennes et des progrès de l'imagerie médicale (1). Il s'agit d'une implantation du sac gestationnel au niveau du tissu cicatriciel dans le myomètre ou au niveau de la déhiscence de la cicatrice de l'hystérotomie précédente (ce qu'il est convenu d'appeler « isthmocèle ») (2). Elle représente 6 % des grossesses extra-utérines chez les femmes ayant eu, au moins, une césarienne (3). Son incidence est de 1/1.800 à 1/2.500 grossesses (4), ce qui équivaut à 0,15 % des grossesses après une césarienne. Son diagnostic échographique est difficile. Et, en raison de sa localisation, elle peut être confondue avec une grossesse en voie d'expulsion ou une grossesse cervicale. La méconnaissance d'une CSP ou son diagnostic tardif peuvent être associés à d'importantes complications telles que la rupture utérine ou l'hémorragie intra-péritonéale, engageant le pronostic vital de la patiente ainsi que sa fertilité ultérieure. Aucun consensus définitif n'a encore été établi concernant sa prise en charge thérapeutique. Les différentes méthodes

thérapeutiques dépendent de la taille de la grossesse, de la présence ou l'absence d'une continuité utérine, du taux de bêta-HCG sanguin, du désir de la fertilité future de la patiente, de son état hémodynamique ainsi que de l'expérience thérapeutique du centre.

CAS CLINIQUE

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 29 ans, 3^{ème} geste, 2^{ème} pare, avec deux antécédents de césarienne, la première à 32 semaines d'aménorrhée (SA) pour pré-éclampsie en 2013 et la seconde à terme pour siège en 2016. La patiente se présente à 5 SA dans le service des urgences gynécologiques pour des douleurs pelviennes aiguës, brutales, non latéralisées, sans métrorragie d'accompagnement. À l'examen clinique, les paramètres hémodynamiques sont dans les normes, la palpation abdominale est douloureuse sans défense. L'examen au spéculum est sans particularité. Le toucher vaginal dévoile un utérus augmenté de taille sans masse latéro-utérine, avec toutefois des signes d'irritation péritonéale. Une première échographie réalisée aux urgences objective un sac gestationnel sans embryon ni vésicule vitelline à hauteur de la cicatrice de la précédente césarienne, avec un myomètre vésico-utérin restant de 1 à 2 mm, sans présence de sang ni de caillot dans le cul-de-sac de Douglas (Figure 1). Le taux de bêta-HCG est de 68.000 U/L à son admission.

(1) Service de Gynécologie-Obstétrique, CHR Citadelle, ULiège, Belgique.

Figure 1. Image échographique lors de l'admission de la patiente aux urgences (flèches)

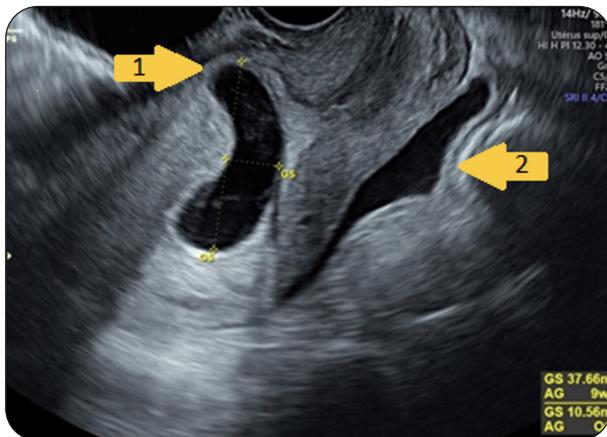
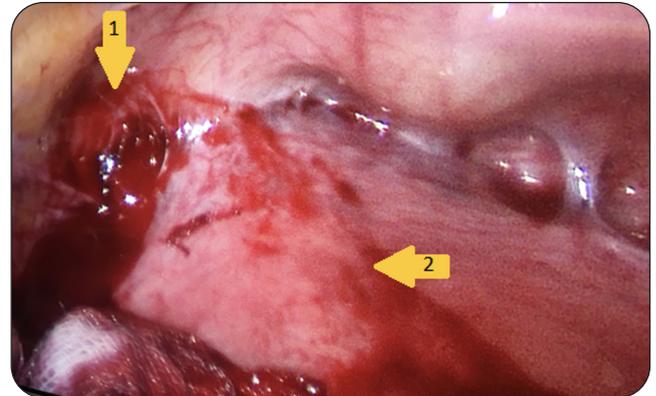


Figure 2. Saignement actif sur le défaut gauche de la cicatrice de césarienne en laparoscopie (flèches)



Nous avons surveillé la patiente durant quelques heures avec une antalgie efficace et sous télémétrie en continu. Après quelques heures d'hospitalisation, la patiente présente une aggravation de la symptomatologie, avec augmentation de l'intensité des douleurs pelviennes, accompagnées de nausées et vomissements, sur irritation péritonéale. Un second contrôle échographique révèle une hémorragie intra-abdominale avec la présence de sang dans le cul-de-sac de Douglas et dans la région péri-hépatique. Une laparoscopie exploratrice est rapidement décidée et est convertie en laparotomie en raison d'un saignement actif, latéralisé à gauche de l'ancienne cicatrice de césarienne (Figure 2). Après une adhésiolyse prudente du repli vésico-utérin, la résection du sac gestationnel et de la cicatrice d'hystérotomie est réalisée avant d'effectuer une hystérorraphie (Figures 3 a et b). Les suites post-opératoires de la patiente ont été simples. Après 6 semaines post-opératoires, la patiente a bénéficié d'une hystéroscopie diagnostique, qui a dévoilé la présence d'une synéchie masquant l'abouchement de l'ostium droit ainsi que la présence de restes trophoblastiques au niveau de l'hystérorraphie, sans isthmocèle objectivé.

DISCUSSION

La littérature récente suggère que la fréquence des CSP est bien plus élevée qu'on ne le pensait précédemment. En général, les incisions par césarienne guérissent sans aucune complication. Mais la prévalence des défauts de la cicatrice de césarienne ou «d'isthmocèle» dans

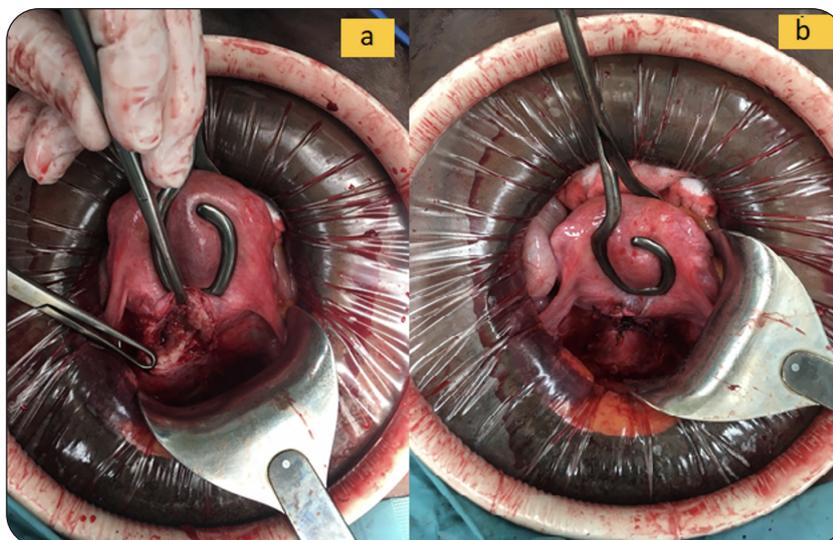
une population de femmes avec un antécédent de césarienne peut aller jusqu'à 84 % bien que généralement asymptomatique (3). Il semblerait qu'une mauvaise cicatrisation de l'hystérotomie pourrait prédisposer au risque d'une grossesse sur cicatrice de césarienne. Les facteurs prédisposant à cette mauvaise cicatrisation comprennent une fermeture inadéquate de l'incision en per-opératoire, une infection post-opératoire ou des troubles de la santé tels qu'un diabète ou une anomalie du collagène (3). Une diminution du flux sanguin à hauteur de la cicatrice expliquerait une anomalie de la guérison cicatricielle. Un intervalle intergénéral court après la césarienne n'est pas corrélé à un risque plus élevé de CSP. Le risque d'implantation sur la cicatrice de césarienne n'est clairement pas corrélé au nombre de césariennes, ni au nombre de plans de fermeture de l'hystérotomie au moment de la césarienne. De plus, l'âge de la patiente n'a pas d'impact sur son incidence.

Il existe deux types de CSP (3) en fonction de leur profondeur d'implantation (5) :

- type I ou endogène : grossesse sur cicatrice de césarienne avec progression vers l'espace cervico-isthmique ou vers la cavité utérine;
- type II ou exogène : grossesse sur cicatrice de césarienne avec envahissement d'un défaut cicatriciel avec progression vers la vessie ou vers la cavité abdominale.

Une CSP de type I pourrait aboutir à une grossesse évolutive et à terme, avec un risque de saignement au niveau du site d'implantation placentaire et/ou une anomalie d'insertion placentaire («Placenta Accreta Spectrum»). La CSP de type II est très souvent compliquée de métrorragie en début de grossesse ainsi

Figures 3 a et b. Résection du sac gestationnel et de l'isthmocèle par laparotomie



que d'une rupture utérine. Elle est considérée comme une grossesse extra-utérine et ne peut être menée à terme.

Comme dans toute grossesse extra-utérine, les premiers symptômes d'une CSP sont des métrorragies d'abondance variable (3). La douleur pelvienne n'est généralement pas un symptôme de présentation typique. La plupart des patientes sont asymptomatiques et un tiers des CSP sont diagnostiquées lors de la première échographie en consultation de début de grossesse (4). L'échographie réalisée entre 5 et 7 SA est critique car de nombreuses CSP sont mal diagnostiquées et confondues avec des fausses couches en voie d'expulsion ou simplement avec des grossesses intra-utérines. Tout sac gestationnel bas inséré avec un antécédent de césarienne doit être considéré comme une CSP jusqu'à preuve du contraire (4). L'imagerie de première intention pour réaliser le diagnostic est l'échographie endo-vaginale (1). Certains auteurs utilisent l'IRM, mais celle-ci est plus coûteuse et retarde généralement le diagnostic et la prise en charge de la patiente (3).

Bien qu'une multitude de schémas thérapeutiques aient été publiés à ce jour, il n'y a pas de consensus quant à une attitude thérapeutique évidente (6). Un traitement conservateur par méthotrexate (MTX) est généralement déconseillé en raison d'un faible taux d'efficacité ainsi que des taux de complications élevés. Le MTX systémique est un traitement courant pour une grossesse extra-utérine tubaire avec un taux de succès de 90 %. Cependant, ce taux de succès

est nettement moindre pour la CSP en raison du tissu fibreux entourant le sac gestationnel, ce qui réduit l'avortement de la grossesse et l'efficacité du MTX (5). Si le traitement est retardé, la CSP peut évoluer vers une anomalie d'insertion placentaire ou vers une rupture utérine. Le traitement chirurgical inclut soit le curetage utérin accompagné d'une embolisation utérine, soit la résection du sac gestationnel et du tissu cicatriciel par voie vaginale ou laparoscopique, voire par laparotomie. Les embolisations utérines ne sont pas des solutions de première intention, mais plutôt un traitement d'urgence en cas d'hémorragie (7). L'hystérectomie est parfois envisagée dans les cas compliqués. Le traitement devra se concentrer sur la prévention des complications et sur la conservation de la fertilité (1). Il n'y a pas, actuellement, de lignes directrices recommandant une pratique chirurgicale plutôt qu'une autre (6), ni aucun consensus sur la stratégie thérapeutique en fonction du type de CSP ou de l'épaisseur du myomètre entre la vessie et le sac gestationnel (1). Cependant, la littérature oriente vers un traitement par curetage pour les CSP de type I et plutôt vers une ablation complète de la cicatrice de césarienne et de son contenu pour les CSP de type II (5). Néanmoins, le traitement médicamenteux, par MTX, combiné à la chirurgie, semble être plus efficace avec une diminution du risque hémorragique. Malheureusement, les études sur la prise en charge des CSP sont, en grande partie, de mauvaise qualité méthodologique. Il est donc

primordial d'envisager un travail de récolte de données sur la prise en charge actuelle.

La poursuite de la grossesse après le diagnostic de CSP est vivement déconseillée étant donné le risque élevé de troubles de la placentation et de rupture utérine accompagnés de risque néonatal et maternel (5). Bien que plusieurs cas de grossesses menées à terme soient décrits dans la littérature, les patientes doivent être informées d'un risque d'anomalie d'insertion placentaire, conduisant très souvent à une hystérectomie (7).

Les cicatrices de césarienne et leurs défauts sont généralement mis en évidence par échographie sur un utérus non gravide, et la technique de fermeture pourrait avoir un impact significatif dans la prévention des défauts cicatriciels (isthmocèle) et donc des CSP (5). Les facteurs de risques de développement d'un isthmocèle sont classés en quatre catégories : la technique de fermeture, le développement du segment utérin inférieur ou l'emplacement de l'incision, la cicatrisation de la plaie et divers facteurs (4). Les probables autres facteurs sont la fermeture monocouche du myomètre, les césariennes multiples et la rétroflexion utérine (7).

IMPLICATION CLINIQUE

Une grossesse sur cicatrice de césarienne (CSP) nécessite un diagnostic et une prise en charge rapide pour le pronostic vital de la patiente. Le diagnostic se fait par échographie endovaginale et ne doit pas être confondu avec une fausse couche en voie d'expulsion. Le traitement médicamenteux par méthotrexate associé à une chirurgie serait le gold standard de la prise en charge des CSP et permettrait une diminution du risque hémorragique. Il semblerait qu'un taux élevé de patientes avec un antécédent de césarienne développe un isthmocèle suite à une mauvaise cicatrisation du myomètre. Il est donc primordial d'être attentif à la suture de l'hystérotomie et à l'aseptie lors d'une césarienne, ainsi qu'à la gestion des comorbidités de ces patientes.

CONCLUSION

La grossesse sur cicatrice de césarienne est une maladie iatrogène et potentiellement mortelle dont la fréquence ne cesse d'augmenter dans le monde. En raison de ses complications graves, son diagnostic et son traitement doivent être précoces et sa gestion doit dépendre de la

situation clinique de la patiente et de la préservation de la fertilité. La littérature recommande une approche combinée plutôt que médicale seule. En effet, plusieurs options thérapeutiques sont disponibles pour traiter la CSP et le choix thérapeutique peut être guidé par le type de CSP, l'âge gestationnel, la stabilité hémodynamique de la patiente, l'expertise de l'équipe médicale et la disponibilité des équipements. Les traitements chirurgicaux semblent offrir un taux de réussite élevé, mais requièrent une grande compétence chirurgicale.

BIBLIOGRAPHIE

1. Birch Petersen K, Hoffmann E, Ribbjerg Larsen C, Svarre Nielsen H. Cesarean scar pregnancy: a systematic review of treatment studies. *Fertil Steril* 2016;**105**:958-67.
2. Jayaram P, Okunoye G, Al Ibrahim AA, et al. Expectant management of caesarean scar ectopic pregnancy: a systematic review. *J Perinat Med* 2018;**46**:365-72.
3. Gonzalez N, Tulandi T. Cesarean scar pregnancy: a systematic review. *J Minim Invasive Gynecol* 2017;**24**:731-8.
4. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Cali G, et al. Cesarean scar pregnancy: diagnosis and pathogenesis. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2019;**46**:797-811.
5. Maheux-Lacroix S, Li F, Bujold E, et al. Cesarean scar pregnancies: a systematic review of treatment options. *J Minim Invasive Gynecol* 2017;**24**:915-25.
6. Roche C, McDonnell R, Tucker P, et al. Cesarean scar ectopic pregnancy: Evolution from medical to surgical management. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2020;**60**:852-7.
7. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Cali G, et al. Cesarean scar pregnancy: patient counseling and management. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2019;**46**:813-28.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr N. Salsac, Service de Gynécologie-Obstétrique, CHR Citadelle, Liège, Belgique.
Email : naomisalsac@gmail.com