

LA GROSSESSE CERVICALE: UNE LOCALISATION ECTOPIQUE RARE

Barekensabe E.*¹, Kriouile K.* , Jayi S*, Fdili Alaoui FZ.* , Chaara H.* and Melhous MA.*

*Service de Gynécologie-obstétrique 2, CHU Hassan II, Fès, Maroc

ABSTRACT Cervical pregnancy is a rarely seen ectopic pregnancy localization, rendering its diagnosis difficult. This difficult diagnosis still applies nowadays because of the scarcity (and even absence) of clinical signs. Echography therefore remains of crucial help in the diagnosis of cervical pregnancy. Its complications can engage the patient vital prognosis and alter her further fertility. Our study reports a case of cervical pregnancy, diagnosed at 8 weeks of amenorrhea.

Résumé La grossesse cervicale est un type rare de grossesse ectopique dont le diagnostic clinique est difficile. Ses complications hémorragiques peuvent mettre en jeu le pronostic vital et la fertilité de la patiente. Le diagnostic clinique de la grossesse cervicale reste aujourd’hui encore très difficile car les signes cliniques sont souvent absents. Son diagnostic est actuellement basé sur l’échographie. Nous rapportons un cas de grossesse cervicale diagnostiquée à 8 semaines d’aménorrhée.

Mots clés: grossesse cervicale, diagnostic, méthotrexate.

KEYWORDS cervical pregnancy, diagnosis, Methotrexate

Case presentation

Introduction

La grossesse cervicale est un type rare de grossesse ectopique définie par l’implantation du blastocyste en dessous du niveau de l’orifice interne du col. Sa fréquence varie entre 1/1000 et 1/95 000 grossesses avec une fréquence moyenne estimée à 1/20 000 grossesses [1,2]. Sa gravité est essentiellement liée au risque de complications hémorragiques, pouvant mettre en jeu le pronostic vital de la patiente [3]. Nous rapportons un cas de grossesse cervicale diagnostiquée à 8 semaines d’aménorrhée(SA) et prise en charge au Service de gynécologie obstétrique du CHU HASSAN II de FES et nous discutons les aspects cliniques et thérapeutiques.

Copyright © 2020 by the Bulgarian Association of Young Surgeons

DOI:10.5455/IJMRCR.grossesse-cervicale

First Received: May 16, 2020

Accepted: June 01, 2020

Associate Editor: Ivan Inkov (BG);

¹Service de Gynécologie-obstétrique 2, CHU Hassan II, Fès, Maroc;

Email:erbar2013@gmail.com

Patiante âgée de 24 ans, sans antécédents pathologiques notables, G3P0 avec G1 : une fausse couche spontanée à 1 mois non curetée, G2 : fausse couche à 3 mois avec réalisation d’une aspiration 2 mois avant la grossesse actuelle. G3 : grossesse actuelle estimée à 8SA+3jr selon une DDR précise, admise pour douleurs pelviennes de faible intensité associées à des métrorragies minimes. L’examen trouve une patiente stable sur le plan hémodynamique et respiratoire avec à l’examen gynécologique un col d’aspect macroscopiquement normal, gravide, saignement minime provenant de l’endocol sans lésion cervico-vaginale, au TV un utérus de taille normale, sans masse latéro utérine ni douleurs à la mobilisation utérine. L’échographie pelvienne endovaginale a objectivé un utérus de taille normale, ligne d’interface suivie jusqu’au fond, avec présence d’une image isthmique anéchogène entouré d’un halo hyperéchogène mesurant 2/2,5cm en faveur probablement d’un sac gestationnel sans embryon visible (Image 1), les 2 annexes vus sans particularités, pas d’épanchement. Le taux d’hcg est revenu positif 10 267. On a complété par une IRM pelvienne qui a confirmé le diagnostic de grossesse cervicale. La patiente a bénéficié d’un traitement médical à base de méthotrexate avec bonne évolution.



Figure 1: Image échographique de la grossesse cervicale (chez notre patiente).

Discussion

La grossesse cervicale est un type rare de grossesse ectopique définie par l'implantation du blastocyste en dessous du niveau de l'orifice interne du col. Sa fréquence varie entre 1/1000 et 1/95 000 grossesses avec une fréquence moyenne estimée à 1/20 000 grossesses [1,2]. Décrise pour la première fois en 1817 par Sir Evrard Home, sa gravité est essentiellement liée au risque de complications hémorragiques, pouvant mettre en jeu le pronostic vital de la patiente [3,4]. Plusieurs facteurs de risque, en rapport avec l'incapacité de l'endomètre à accueillir l'œuf fécondé ou un transport trop rapide de l'œuf dans l'utérus, lui sont attribués notamment les antécédents de césariennes, de curetages ou d'endométrite, les anomalies structurales du col et du corps utérin, ainsi que le port de dispositif intra-utérin [5]. Toutefois l'antécédent de curetage a été considéré comme le facteur de risque le plus spécifique dans la quasi-totalité des publications [3, 6]. Notre patiente avait deux antécédents d'aspiration pour fausses couches spontanées.

Ushakov et al. [7] rapporte une série de 102 cas de grossesse cervicale et retrouve un taux de 70% d'IVG avec curetage dans les antécédents des femmes ayant une grossesse cervicale.

Le diagnostic clinique de la grossesse cervicale reste aujourd'hui encore très difficile car les signes cliniques sont souvent absents; celle-ci se manifestant souvent par des mètrorragies indolores. Notre patiente présentait des douleurs pelviennes de faible intensité associées à des mètrorragies minimes. À l'examen, le col est mou avec un orifice cervical externe partiellement ouvert et un utérus non augmenté de volume [2].

L'examen clinique chez notre patiente était pauvre car ne retrouvant que des saignements minimes provenant de l'endocol. Le diagnostic de grossesse cervicale est actuellement basé sur l'échographie. Il est évoqué en présence d'un utérus modérément augmenté de volume dont la ligne cavitaire est constamment évidente, témoin de l'absence de grossesse intra-utérine. L'orifice interne du col étant fermé, le col est élargi et son canal est occupé par un sac gestationnel contenant un embryon [1]. Selon certains auteurs [8,9], l'échographie abdominale semble plus pertinente que la voie vaginale. En effet, SHERER [8] attribue à cette dernière un risque à la fois traumatique et hémorragique, lié au contact de la sonde d'échographie le col.

L'apport de l'échographie 3-D a contribué à l'amélioration du diagnostic, en offrant la possibilité de réalisation des coupes

coronales, qui renseignent avec une meilleure précision sur le niveau d'implantation du sac gestationnel [10]. En cas de doute, l'IRM offre le diagnostic de certitude en objectivant la présence d'une image « *placenta-like* » au niveau du canal cervical associée à une invasion trophoblastique du col et une vascularisation massive [11]. Chez notre patiente le diagnostic de grossesse cervicale a été suspecté à l'échographie pelvienne endovaginale et confirmé par l'IRM.

C'est en 1911 que Rubin et al. [12] élabore des critères permettant d'affirmer son diagnostic : la présence de glandes endocervicales en regard de l'insertion placentaire; la pénétration endocervicale des villosités choriales; la localisation de tout ou d'une partie du placenta sous le niveau de pénétration des vaisseaux utérins ou sous le niveau de réflexion du péritoine sur les faces antérieures et postérieures de l'utérus et l'absence de parties fœtales à l'intérieur de la cavité corporelle.

Le diagnostic différentiel de la grossesse cervicale est représenté essentiellement par l'avortement spontané en cours d'expulsion dont les signes échographiques ont été décrits par VAS et SURESH [10]. Ainsi, le fond utérin est plus large et, il existe au niveau du corps utérin, une masse dense et hyperéchogène constituée du produit de conception et de caillots de sang, l'orifice interne du col étant ouvert. Beaucoup moins fréquemment, on cite d'autres diagnostics différentiels tels que : le *placenta praevia*, les tumeurs cervicales, et le kyste de NABOTH.

Plusieurs variétés anatomiques de grossesses cervicales sont actuellement décrites dans la littérature [3,13]:

- la grossesse endocervicale : forme la plus décrite dans la littérature et dont le diagnostic différentiel essentiel est l'avortement. Cette localisation peut être évacuée par curetage ;
- la grossesse cervicale intramurale : forme dont l'évacuation par curetage est impossible. Les autres moyens thérapeutiques trouvent en effet toutes leurs importances en particulier le traitement médical ;
- la grossesse exo cervicale : cette forme est décrite dans la littérature et documentée par l'examen anatomopathologique. Elle simule une tumeur du col utérin.

La prise en charge de la grossesse cervicale est fonction de l'âge de la grossesse et du désir de fertilité ultérieure [14]. Après 12 SA, la majorité des auteurs sont unanimes pour réaliser une hysterectomie d'emblée [3,15]. Avant 12 SA, le traitement conservateur des grossesses cervicales est possible. Pour la majorité des auteurs, le traitement médical par méthotrexate demeure le traitement de choix qui peut éviter le risque hémorragique des curetages [14]. Hung et al. [14], dans une série de 11 cas de grossesses cervicales traitées par méthotrexate, ont obtenu un taux de réussite de 100%. Plusieurs protocoles ont été utilisés dans la littérature en fonction essentiellement de l'âge gestationnel, de la taille de la grossesse et du taux de HCG plasmatique.

Pour certains auteurs, l'association médico-chirurgicale est réalisée de façon systématique et serait plus efficace en augmentant les chances de guérison. Certains auteurs ont opté pour la pratique d'un curetage sept jours après l'administration du méthotrexate [3]. D'autres ont associé méthotrexate et embolisation des artères utérines. Malgré quelques cas d'échec du traitement médical, son taux de réussite dans le traitement des grossesses cervicales demeure très satisfaisant allant de 81 % à 100% des cas [11]. Notre patiente a bien répondu au traitement médical à base de méthotrexate.

Le pronostic semble actuellement amélioré, grâce aux transfusions, à l'antibiothérapie, au progrès des techniques chirurgicales et anesthésiques et enfin, à l'avènement de l'échographie qui permet grâce au diagnostic précoce une meilleure prise en charge des patientes.

Conclusion

La grossesse cervicale est un type rare de grossesse ectopique dont le diagnostic clinique est difficile. Ses complications hémorragiques peuvent mettre en jeu le pronostic vital et la fertilité de la patiente. L'échographie joue un rôle important quant au diagnostic et à l'amélioration de la prise en charge des patientes. Le traitement médical par méthotrexate constitue actuellement le traitement de choix avant 12 semaines d'aménorrhée.

Patient informed consent

La patiente a consenti quant à cette publication.

Conflict of interest

Pas de conflits d'intérêt.

References

1. Imane Khachani et al .Grossesse cervicale à 7 semaines d'aménorrhée: défis de la prise en charge. Pan African Medical Journal. 2017; 26:3 doi:10.11604/pamj.2017.26.3.11055.
2. A.C. Pizzoferrato, G. Legendre et al. La réimplantation cervicale de la grossesse, une complication méconnue des interruptions volontaires de grossesse. À propos d'un cas. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction (2012) 41, 587-590.
3. R. Fatnassi, I. Mkhinini, R. Naifer. Intérêt du méthotrexate dans la prise en charge des grossesses cervicales. Imagerie de la Femme (2011) 21, 72-75.
4. Lamber Ph, Marpeau L, Jannet D, Jault TH, Truchet F, Safar E, Rotenberg L, Pathier D, Milliez J. Grossesse cervicale: traitement conservateur avec embolisation première des pédicules utérins, à propos d'un cas (Revue de la littérature). J Gynecol Obstet Biol Reprod. 1995; 24: 43-7.
5. Cerveira I, Costa C, Santos F, Santos L, et al. Cervical ectopic pregnancy successfully treated with local methotrexate injection. Fertil Steril 2008;90:e7—10 [2005].
6. Riethmuller D, Courtois L, Maillet R, Schaal JP. Ectopic pregnancy management: cervical and abdominal pregnancies.J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2003 Nov; 32(7 Suppl): S101-8.
7. Ushakov FB, Elchalal U, Aceman PJ, Schenker JG. Cervical pre- gnancy: past and future. Obstet Gynecol Surv 1997;52:45-59.
8. SHERER D, ABRAMOWICZ J, THOMPSON J, LIBERTO L, ANGEL C et al.Comparison of transabdominal and endovaginal sono graphic approaches in the diagnosis of a case of cervical preg n a n cy successfully tre ated by methotrexate. J. Ultrasound Med 1991-10 : 409-11.
9. VAS W, SURESH P, BARTON P, SALM Z, CARLIN B. Ultra sonographic differentiation of cervical abortion from cervical pregnancy. J. Clin ultrasound 1984; 12 :553-7.
10. Sherer D, Gorelick C, Dalloul M, Sokolovski M, Kheyman M, Kakamanu S, Abulafia O. Three-dimensional sonographic findings of a cervical pregnancy. J Ultrasound Med. 2008 Jan; 27(1):155-8.
11. Dubernard G, Sakr R, Barranger E, Khalil A, et al. Failure of uterine embolization and methotrexate for the treatment of a cervical pregnancy. Europ J Radiology Extra 2006;57: 99-102.
12. Rubin IC. Cervical pregnancy. Am J Gynecol Obstet. 1911; 13:625-32.
13. Taskin S, Taskin EA, Cengiz B. Cervical intramural ectopic pregnancy. Fertil Steril 2009; 92:395-7.
14. Hung TH, Jeng CJ, Yang YC, Wang KG, et al. Treatment of cervical pregnancy with methotrexate. Int J Gynecol Obstet 1996;53:243-7
15. Cerveira I, Costa C, Santos F, Santos L, et al. Cervical ectopic pregnancy successfully treated with local methotrexate injection. Fertil Steril 2008; 90:7-10 [2005].