

14^{ème} Journée de GYN-ECHO

Voluson
E8

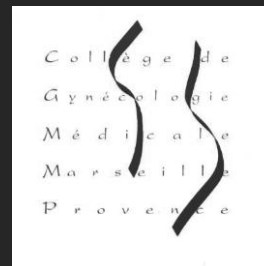
Grossesse dans la cicatrice de
césarienne

CESAREAN SCAR PREGNANCY

Julia MARUANI

Gynécologue médicale

julia.maruani@yahoo.com



INTRODUCTION

- Pourquoi y penser ?
 - 6% des « GEU » sont en fait des grossesses dans la cicatrice de césarienne en cas d'utérus cicatriciel
 - CSP ne sont pas des GEU par définition
 - 13% de mauvais diagnostic initial ---> mauvais trt
 - Si aspiration : 62 à 82% de complications
 - Problématique qui va se présenter de plus en plus avec augmentation nb césarienne
 - *Timor Trischt AJOG 2012*

Evolution naturelle des CSP au T1

- Avant 7 SA : sac gestationnel dans la niche de césarienne
- Après 7 SA :
 - Soit développement du sac vers la cavité abdominale : rupture utérine ++
 - Soit développement vers la cavité utérine et donc peut être pris pour une GIU classique : CSP non diagnostiquée = haut risque de complications
 - En cas de CSP non évolutive (pas embryon ou embryon sans AC) :
 - peu de risque de complications graves en cas d'expectative
 - 70 % de FCS non compliquée
 - 30% de FCS compliquée

Cali et al. Méta analyse. UOG 2018

CSP = « bombe à retardement »

- Pourquoi est ce grave au 1^{er} trimestre ?
 - risque de saignements et de FCS hémorragiques
 - risque de prise en charge d'une grossesse étiquetée non évolutive et dont le siège ds la cicatrice n'est pas diagnostiqué **MAUVAIS DIAGNOSTIC=MAUVAIS TRT**
- Pourquoi est ce grave au T2 et T3 ?
 - Taux de complications très élevé : hémorragie sévère, accouchement prématuré, perte foétale, rupture utérine, placenta accreta ou percreta, choc hémorragique, transfusion massive, HTT, décès
 - Presque 100% d'anomalie d'insertion placentaire

Risque hémorragique au 1^{er} trimestre

	Surveillance n=21	Traitement médicamenteux n=15	Aspiration endométrine n=56
Saignements lors du diagnostic	10 (48%)	4 (27%)	19 (34%)
Chirurgie secondaire	8 (38%)	3 (20%)	-
Choc hémorragique	4 (19%)	-	1 (2%)
Saignement lors de la chirurgie	-	-	46 (82%)
Rétention trophoblastique	7 (33%)	9 (60%)	2 (3,7 %)
hystérectomie	4 (21%)	0 (0%)	0 (0%)

Anomalie d'insertion placentaire

- Anapath HTT au 1^{er} et 2^{ème} T de CSP et placenta accreta ou+
- Caractère histopathologique identique : interruption de la decidua, invasion des villosités trophoblastiques
- Continuum d'anomalie d'insertion placentaire
- Pose la question du non diagnostic de CSP

Timor Tritsch. CSP and early PA share common histology. UOG 2014

Symptomatologie clinique

- **Isthmocele = facteur favorisant**
- Nb de césarienne non retrouvé dans les FR
- Motif principal de cs = saignement peu abondant

	UK COHORTE n = 92	Revue de cas publié n = 57
Saignement indolore	44 (48%)	22 (36%)
Douleur	9 (10%)	5 (9%)
Saignement et douleur	21 (23%)	9 (16%)
Asymptomatique	18 (20%)	21 (36%)

Diagnostic échographique

- Débuter par la voie suspubienne
 - Vessie pleine
 - Vue d'ensemble de tout l'utérus et du pelvis
- Déformation de l'isthme = **ballonisation du segment isthmique**
 - *Moshos et al. J Clinical Ultrasound 2008*

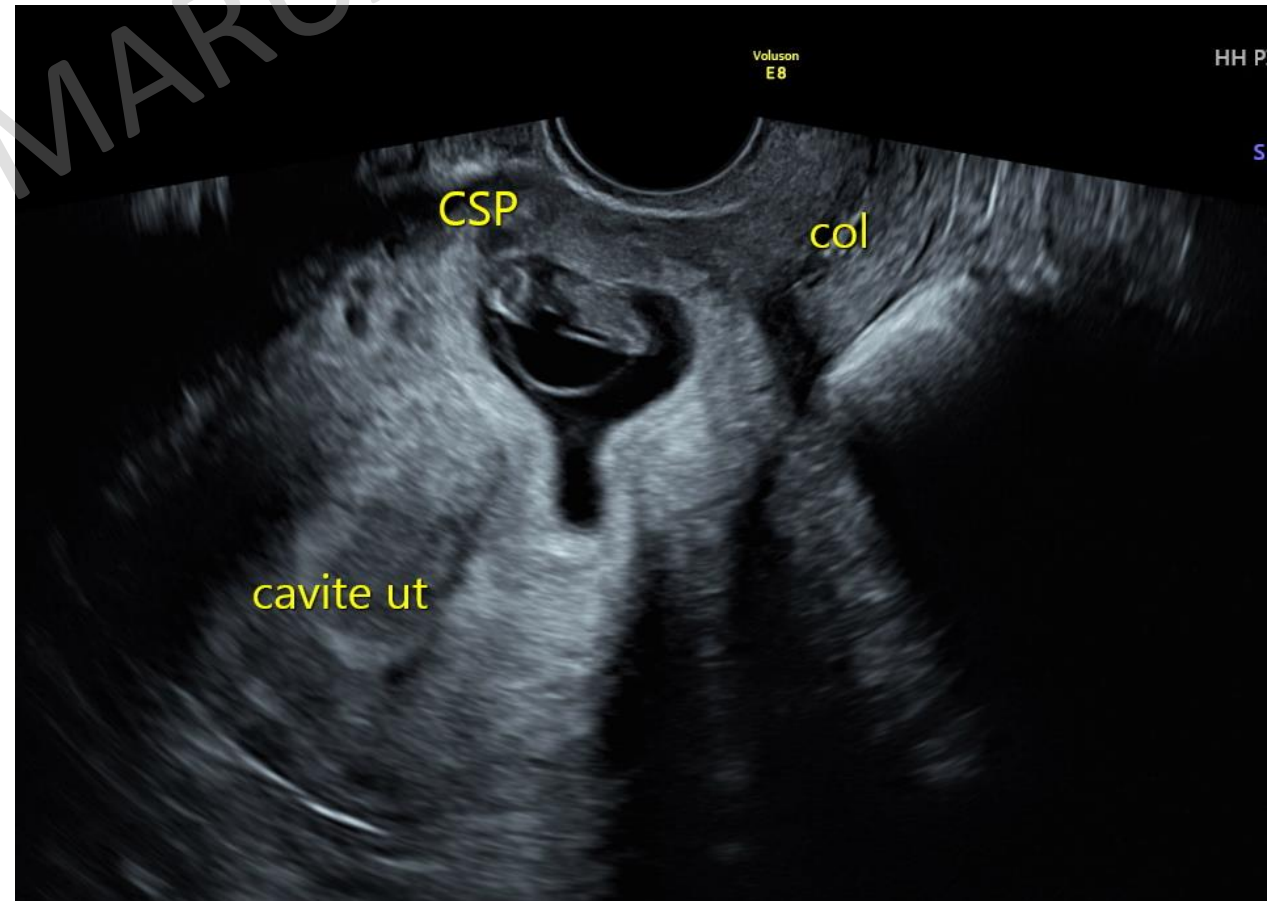
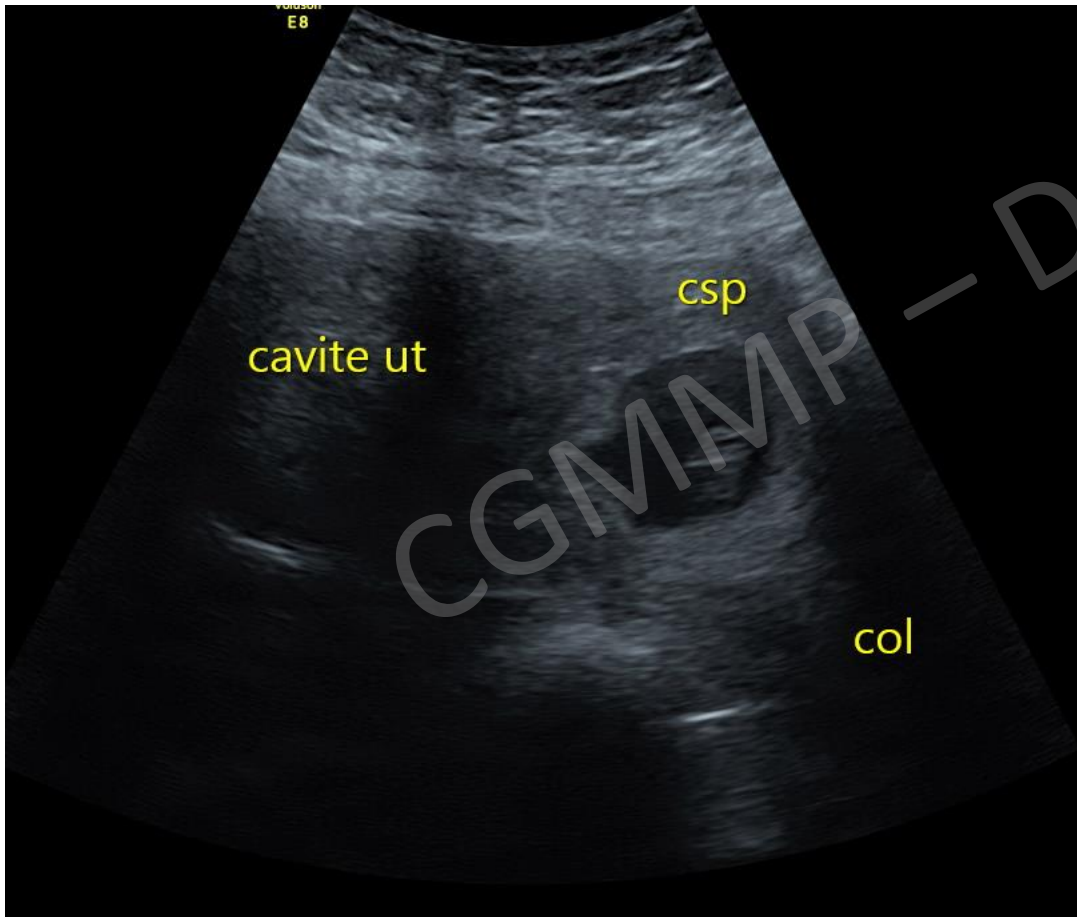


Diagnostic échographique

- Voie endovaginale :
 - 6 signes décrits par les 2 grandes revues de la littérature
 - *ASH et al. CSP. BJOG 2007*
 - *Timor Tritsch. Unforeseen consequences of the increasing rate of cesarean deliveries: early placenta accreta and cesarean scar pregnancy. A review. AJOG 2012*

Diagnostic échographique

■ VACUITE UTERINE



Diagnostic échographique

- VACUITE UTERINE



Diagnostic échographique

- VACUITE DU CANAL CERVICAL





P

CORPS UT

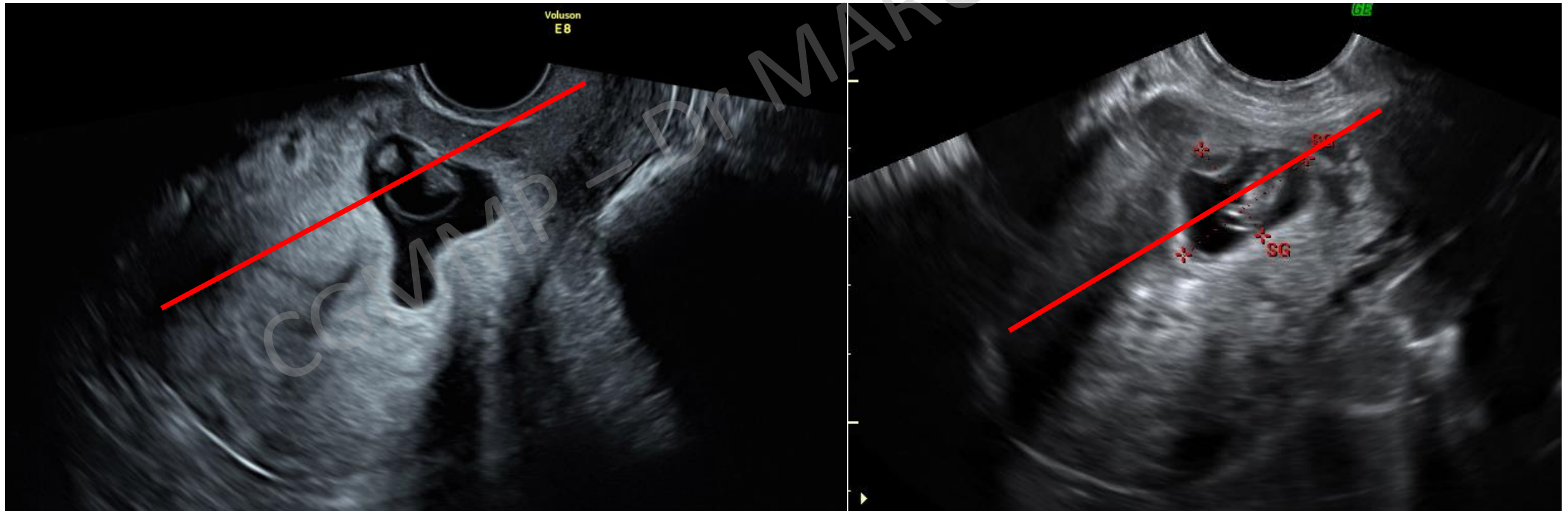
SG

COL

X

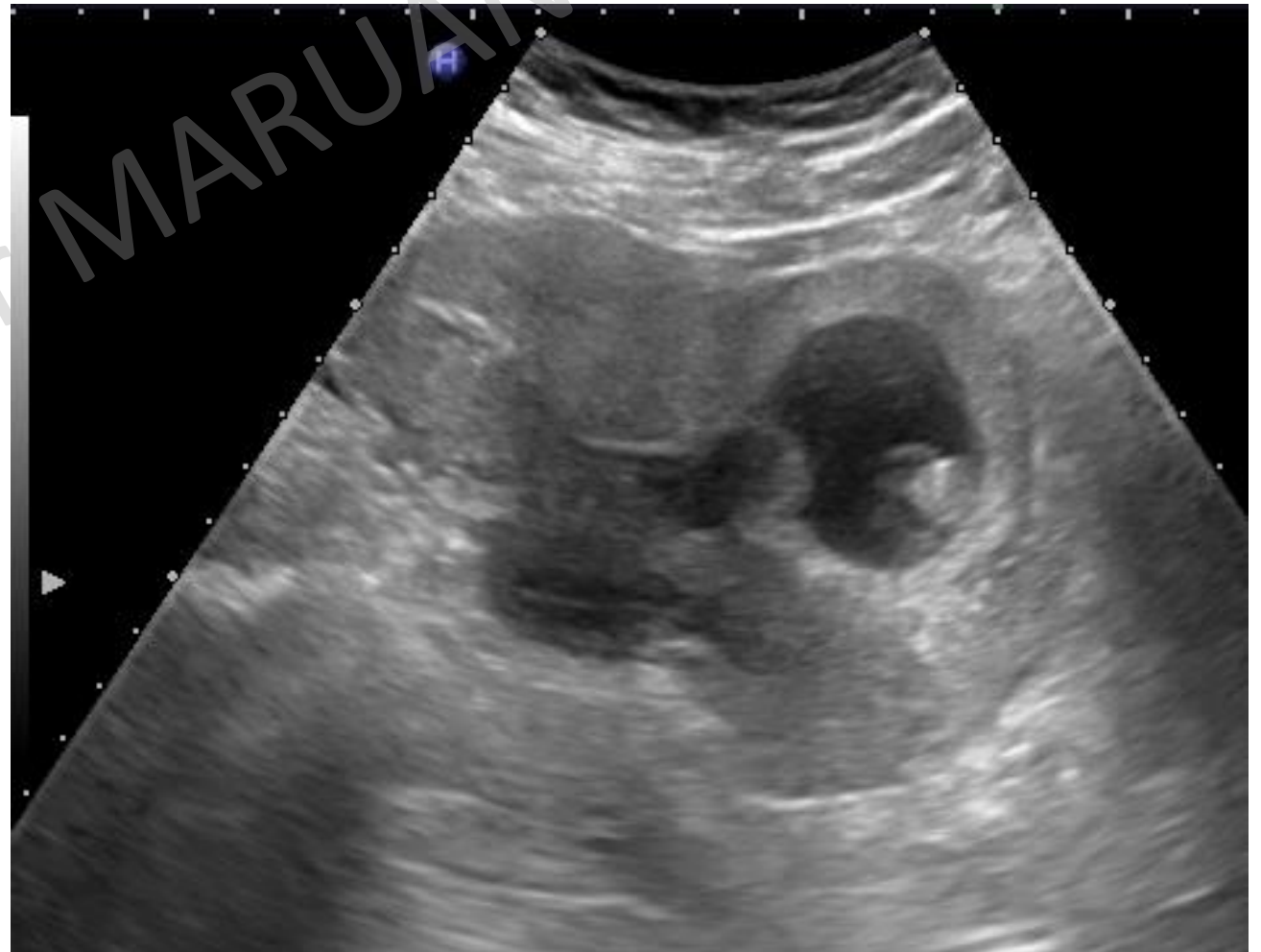
Diagnostic échographique

- DISCONTINUITÉ DU MYOMETRE ANTERIEUR



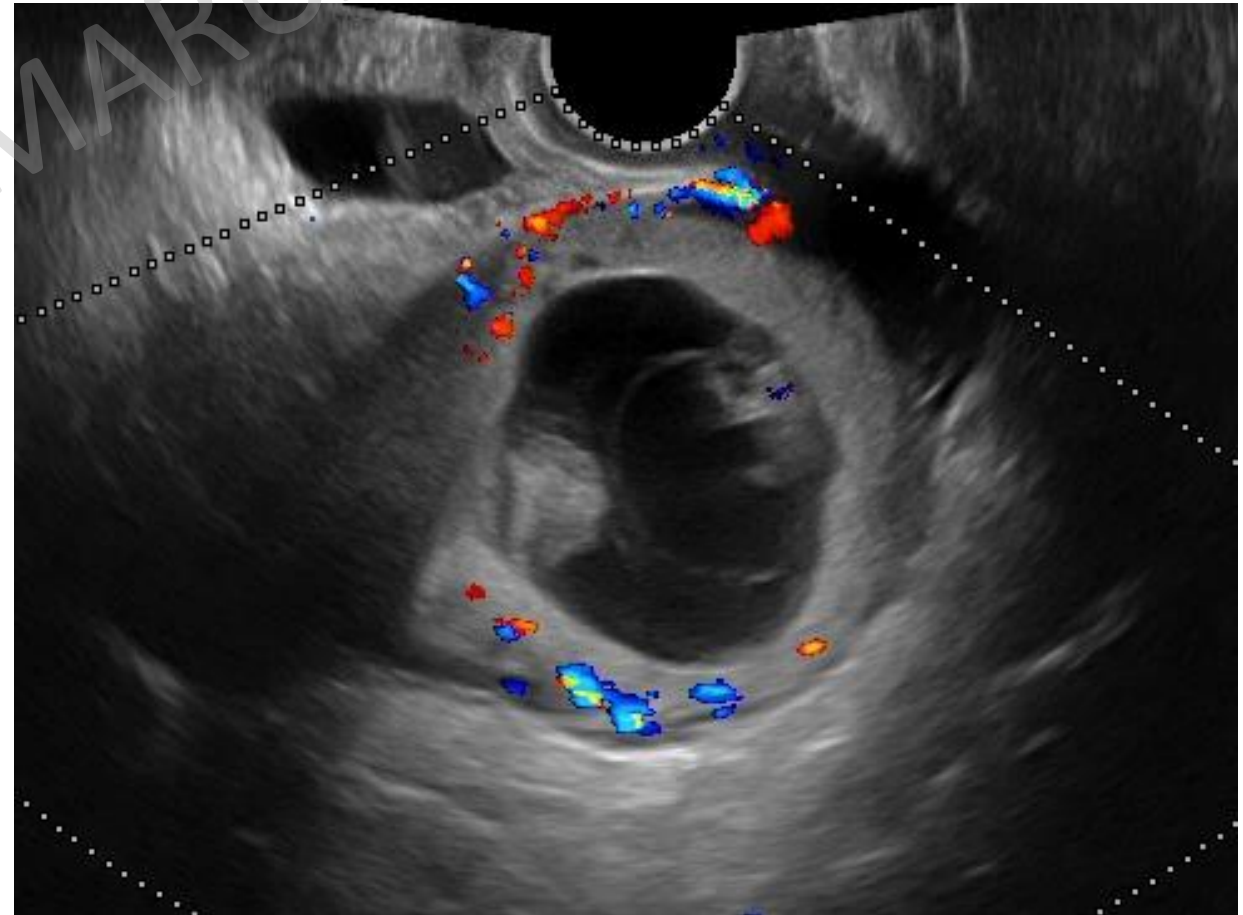
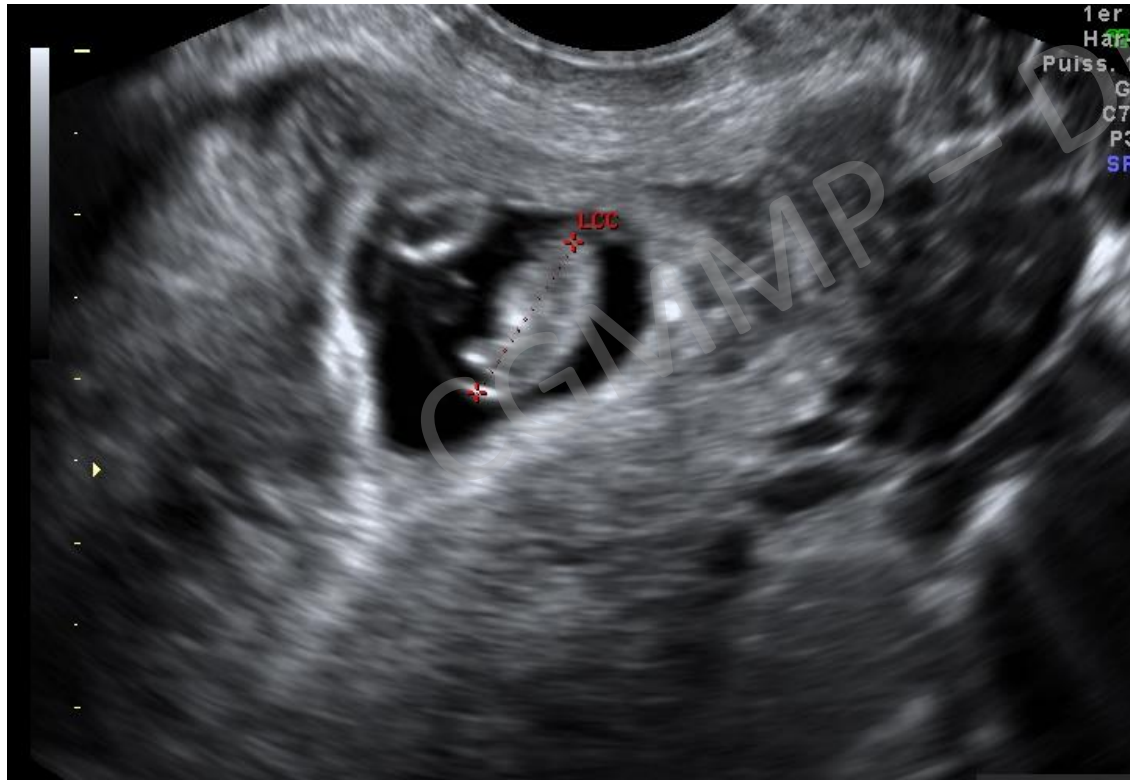
Diagnostic échographique

- SAC GESTATIONNEL EXCENTRE, localisé dans le mur antérieur, juste après l'OI du col



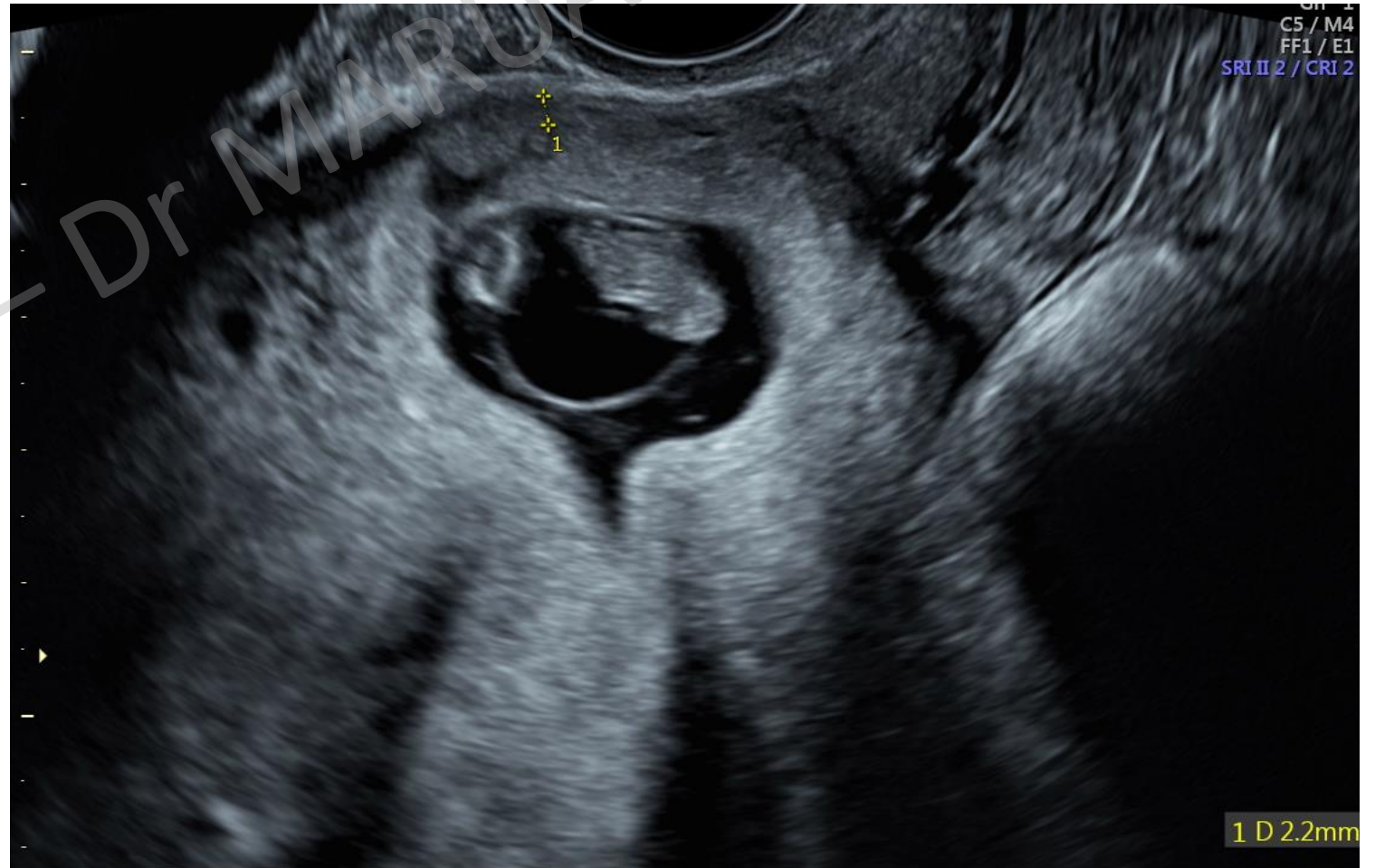
Diagnostic échographique

- SAC GESTATIONNEL AVEC OU SANS EMBRYON +/- ACTIVITE CARDIAQUE



Diagnostic échographique

- AMINCISSEMENT DU LISERE MYOMETRIAL SURPLOMBANT LE SAC A L'INTERFACE VESICOUTERIN : 0-3 mm



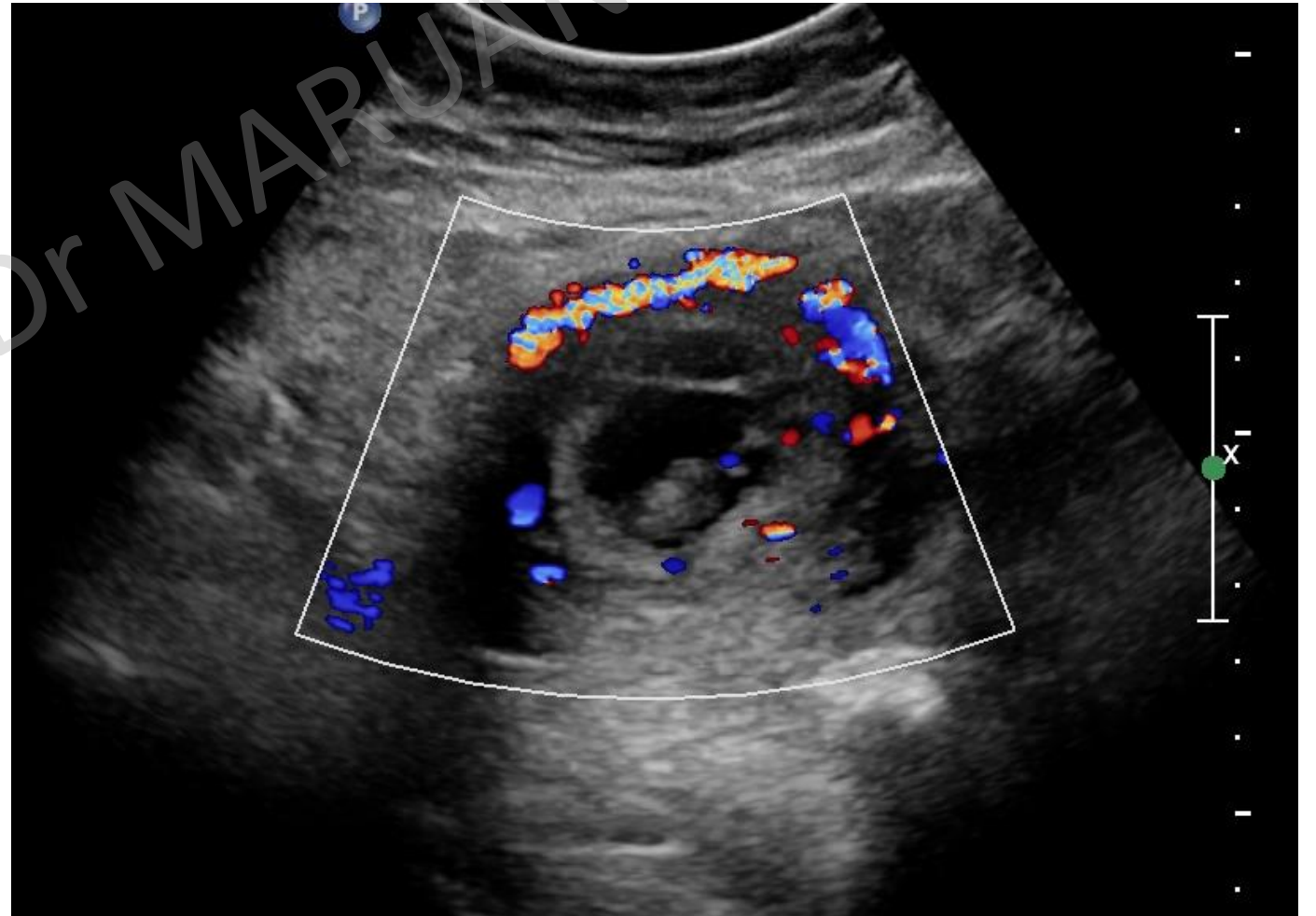
Diagnostic échographique

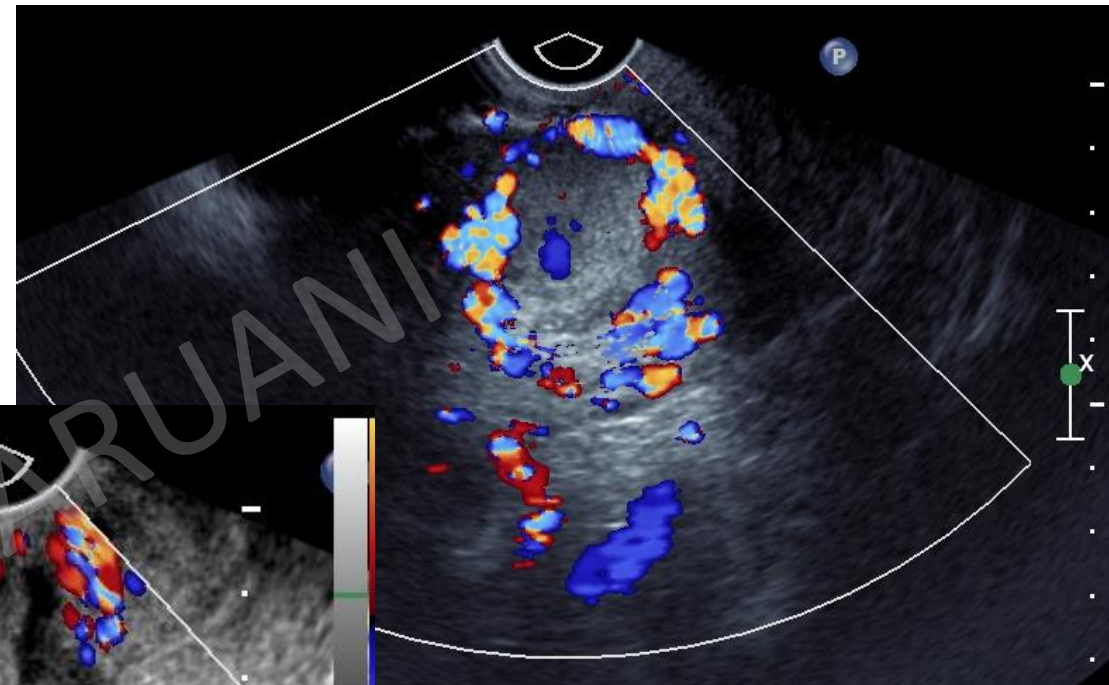
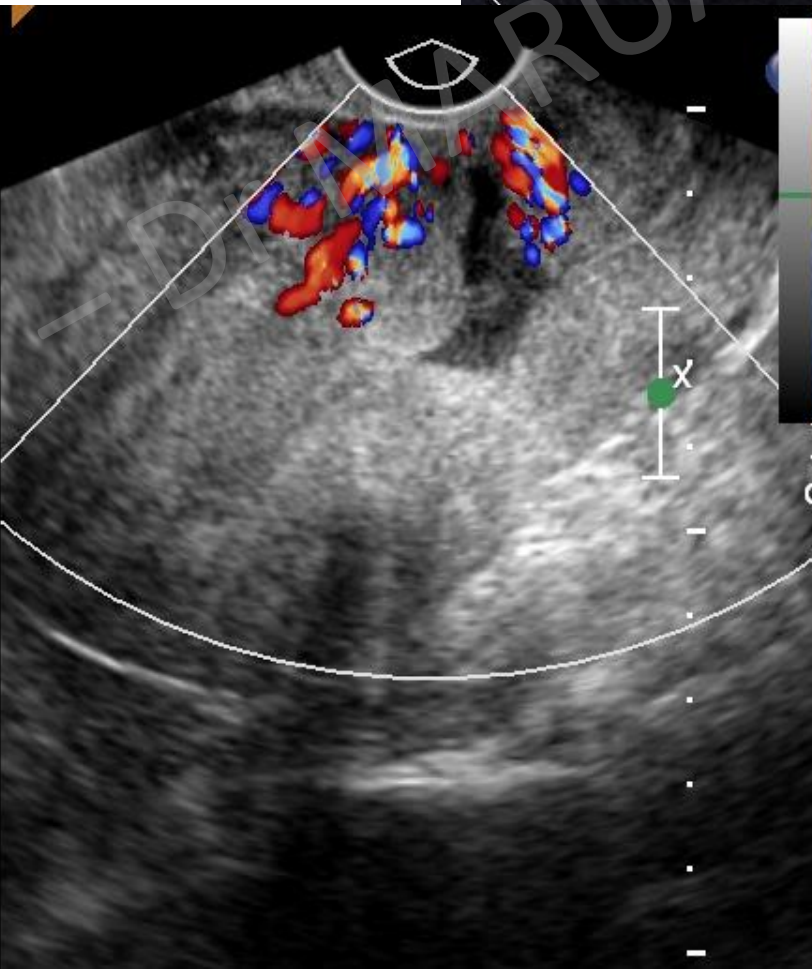
- AMINCISSEMENT DU LISERE MYOMETRIAL SURPLOMBANT LE SAC A L'INTERFACE VESICOUTERIN : 0-3 mm



Diagnostic échographique

- PRESENCE D'UNE RICHE VASCULARISATION SUR LE SITE D'IMPLANTATION : la cicatrice de césarienne
 - encorbeillement





CC BY-NC-SA
EDUARDO ARUANI

Diagnostic échographique

- HEMATOME
INTRACAVITAIRE : masse
hypoE cavitaire au dessus
du sac



Diagnostic différentiel

- Grossesse bas implantée :
 - Pas ballonnisme isthme
 - Pas discontinuité myomètre antérieur



Diagnostic différentiel

- Grossesse bas implantée :
 - Pas ballonnisme isthme
 - Pas discontinuité myomètre antérieur



Diagnostic différentiel

- Grossesse en cours d'expulsion :
 - Pas de flux doppler
 - Signe du glissement lors pression de la sonde sur le col
 - Pas d'évolutivité

CGMMP — Dr MARUANI

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Grossesse cervicale :
 - Implantation dans le col et sous l'OI, sous le repère des artères utérines
 - Col mou en sablier
 - OE ouvert / OI fermé
 - Saignement peu douloureux
 - Sac ne se détache pas du col à la pression

Diagnostic différentiel

	CSP	Grossesse en cours d'expulsion	Grossesse cervicale
Sac gestationnel	Dans le myomètre antérieur, discontinuité myomètre	Dans le canal cervical	Dans le canal cervical
Myomètre antérieur	Fin	Normal	normal
Signes écho	Vacuité col et utérus +-E +- AC Hématome cavitaire	Pas d'AC Hématome hétérogène dans le canal cervical	Vacuité utérine Distension cervicale sablier
Orifice interne	fermé	Ouvert	fermé
Signe du glissement	Absent	Present	negatif
Doppler	Present	Absent	present
Evolution à 24-48H	+- augmentation	Pas de localisation fixe	+- augmentation

CONCLUSIONS

- Grossesse rare mais potentiellement grave
- Nécessité d'écho de datation précoce en cas d'utérus cicatriciel
 - Faire un coup œil sus-pubien avant la voie vaginale
 - Intérêt du doppler couleur pour vérifier le site d'implantation placentaire si doute ou si > 7 SA
- Si doute diagnostique et pas d'urgence vitale : faire contrôler l'écho
- Moins de complications si prise en charge à un terme précoce

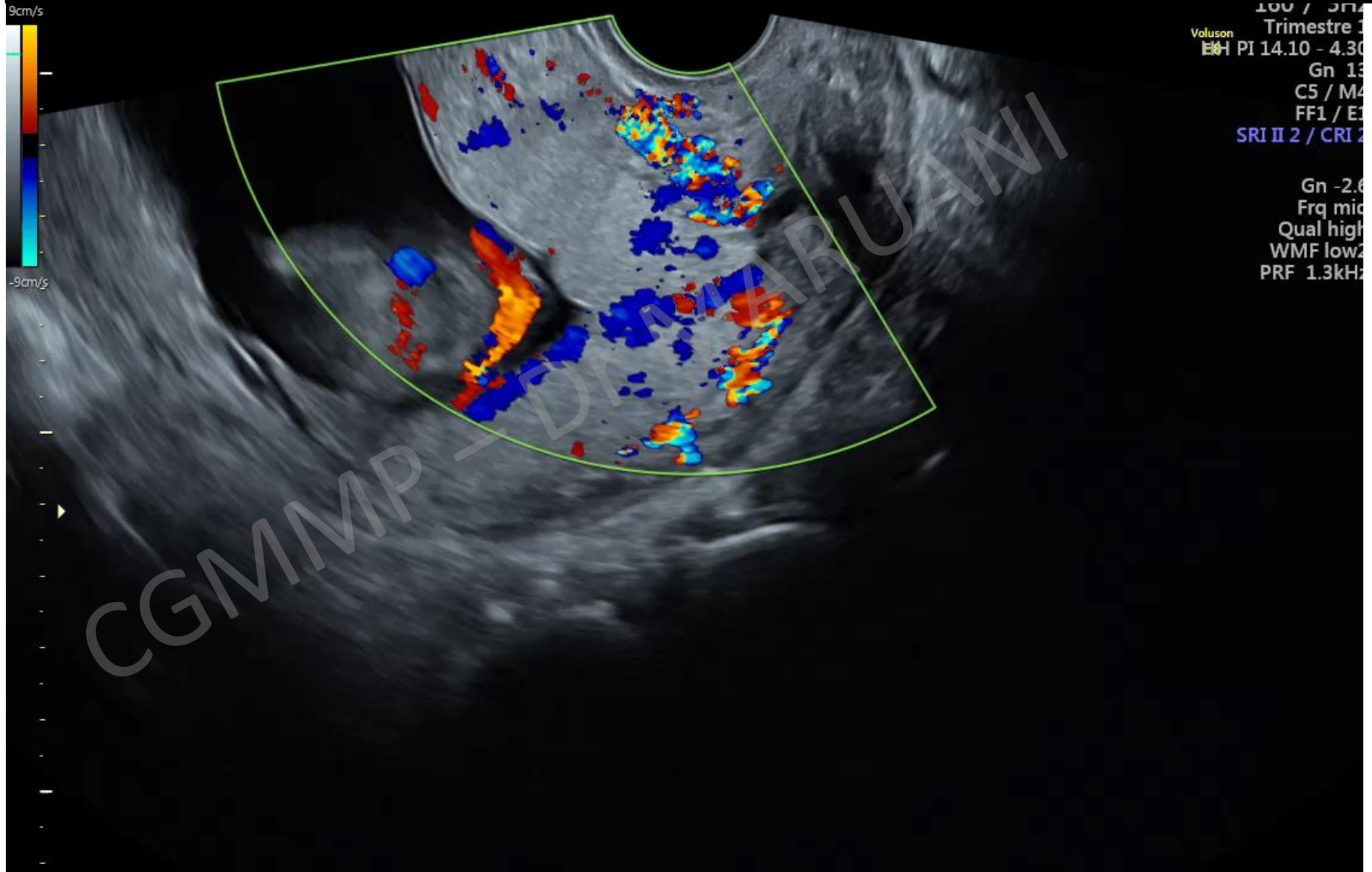


100 / 1012
Trimestre 1
Voluson
E1 PI 14.10 - 4.30
Gn 13
C5 / M4
FF1 / E1
SRI II 2 / CRI 2

9cm/s



-9cm/s



100 / 314
Trimestre 1
Voluson
EPI PI 14.10 - 4.30
Gn 13
C5 / M4
FF1 / E1
SRI II 2 / CRI 2
Gn -2.6
Frq mid
Qual high
WMF low2
PRF 1.3kHz