

**DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE DES GROSSESSES CERVICALES
A PROPOS DE 3 CAS A L'HOMEL ET REVUE DE LA LITTERATURE**



**TONATO BAGNAN A J, HOUNKPATIN B, TSHABU TSHINGUTA AGUEMON C.,
AGBO A, LOKOSSOU A, PERRIN RX**

Auteur correspondant : Dr TONATO BAGNAN Josiane Angéline. Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL-COTONOU), 01 BP 107 Cotonou. Maître Assistant de Gynécologie-Obstétrique. Faculté des Sciences de la Santé (FSS). Université d'Abomey-Calavi (UAC) - Cotonou (Bénin). Tél : (229) 90 02 56 81 / (229) 97 16 04 04. Email : angelinetba@yahoo.fr

RESUME

Il s'agit d'une étude prospective descriptive portant sur 3 cas de grossesses cervicales à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant-Lagune sur une période allant du 1^{er} Décembre 2011 à 30 Novembre 2013.

La grossesse cervicale est la plus rare des localisations ectopiques de la grossesse. Sa fréquence exacte est mal connue et varie de 1/1000 à 1/35000 [1]. Selon ces auteurs le traitement classique reste l'hystérectomie, en particulier lorsque le diagnostic est fait tardivement et que la forme est très hémorragique. Les possibilités de diagnostic de plus en plus précoces, parfois avant toute manifestation clinique, permettent actuellement le traitement conservateur. Nous rapportons 3 cas de grossesses cervicales diagnostiquées au 1^{er} trimestre (6 - 8 SA) et ayant bénéficié d'un traitement médical et d'un traitement chirurgical.

Chez la première patiente, nous avons réalisé au préalable un foeticide. Le traitement consiste à administrer par voie intramusculaire de Méthotrexate. Les 2 autres cas ont bénéficié d'une hystérectomie.

L'échographie endocervicale permet actuellement de diagnostiquer précocement avant même le début des métrorragies la grossesse cervicale.

Ceci permet alors le traitement conservateur en dehors de l'urgence. La référence actuelle est le Méthotrexate auquel on peut associer un foeticide en cas de grossesse avec activité cardiaque.

Mots clés : Grossesse cervicale, Grossesse ectopique, Méthotrexate, échographie

SUMMARY

DIAGNOSIS AND TAKES IN CHARGE OF THE CERVICAL PREGNANCIES: BY THE WAY OF 3 CASES TO THE HOMEL AND MAGAZINE OF THE LITERATURE

It is about a descriptive prospective survey carrying on 3 cases of cervical pregnancies in the hospital of the Mother and the child-lagoon on one active period of December 1st, 2011 to November 30, 2013.

The cervical pregnancy is the rarest of the pregnancy localizations ectopic. Its exact frequency is badly known and varies from 1/1000 to 1/35000 [1]. According to these authors the classic treatment remained the hysterectomy, in particular when the diagnosis is made late and that the shape is a lot of hemorrhagic. The more and more precocious possibilities of diagnosis, sometimes before all clinical demonstration, permit the conservative treatment currently. We return 3 cases of cervical pregnancies diagnosed to the 1st quarter (6 - 8 SA) and having benefitted a medical treatment and a surgical treatment. At the first is patient, we achieved a foeticid beforehand. The treatment consists in managing by intramuscular way of Methotrexate. The 2 others cases benefitted from a hysterectomy.

The scan endocervical permits to diagnose precociously currently before even the beginning of the metrorrhy the cervical pregnancy.

It permits the conservative treatment then outside of the emergency. The present reference is the Methotrexate to which one can associate a foeticid in case of pregnancy with cardiac activity.

Key words: Cervical pregnancy, Pregnancy ectopic, Methotrexate, scan

INTRODUCTION

La grossesse cervicale n'est pas une grossesse extra utérine au sens strict du terme mais une grossesse intra utérine d'implantation pathologique qui se localise au niveau de l'endocol. C'est toutefois une grossesse ectopique, connue depuis 1960 et décrite pour la première fois en 1911 [1]. Elle est la plus rare des localisations ectopiques de la grossesse.

Elle peut être responsable de graves complications hémorragiques.

Le traitement "classique" reste l'hystérectomie en particulier lorsque le diagnostic est fait tardivement et que la forme est très hémorragique. Les possibilités de diagnostic de plus en plus précoces, parfois avant toute manifestation

clinique, laissent entrevoir la possibilité de traitements conservateurs.

Nous avons reçu trois cas de grossesse cervicale à l'HOMEL. Il nous paraît important de partager notre expérience dans la prise en charge de ce type de grossesse.

L'objectif est de donner les éléments de diagnostic, de prise en charge des 3 cas de grossesses cervicales, de faire la revue de la littérature et faire des suggestions pour le suivi des femmes présentant une grossesse cervicale.

CADRE ET METHODE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude prospective descriptive qui s'étend sur une période de deux ans allant du 1^{er} Décembre 2011 au 30 Novembre 2013 à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant-Lagune de Cotonou au Bénin.

La population étudiée est constituée par l'ensemble des femmes qui consultent pour des métrorragies et ou des douleurs pelviennes au 1^{er} trimestre de la grossesse. Nous rapportons 3 cas de grossesses cervicales dépistées par l'échographie au 1^{er} trimestre.

Les critères de diagnostic échographique actuellement recommandés sont les suivants [2] :

- Le sac gestationnel et le trophoblaste entièrement situés sous l'orifice interne du col,

repérés par le niveau de réflexion des artères utérines.

- La cavité utérine vide et
- Le col dilaté en "forme de tonneau"

A ces critères, on peut ajouter que la taille de l'utérus est subnormale.

La voie vaginale permet de mettre précocement en évidence, le sac gestationnel ectopique.

Parfois l'utilisation de la voie abdominale avec une vessie en réplétion permet de mieux préciser la localisation de la grossesse, en particulier pour les grossesses avancées.

RESULTATS

Cas clinique n°1

Mme M.H., âgée de 33 ans, deuxième geste, primipare, ayant pour antécédent, un accouchement à terme par césarienne pour souffrance fœtale est reçue en urgence à 8 SA pour des métrorragies noirâtres, peu abondantes associées à des douleurs pelviennes. L'examen au spéculum objective un saignement minime d'origine endocervicale. Au toucher vaginal, le col est fermé, l'utérus de taille normale et les culs de sacs vaginaux sont libres.

L'échographie endocervicale met en évidence un sac ovulaire se situant au niveau de la région cervicale de l'utérus, contenant un embryon unique mesurant 15,9mm de LCC avec une activité cardiaque positive.



Figure 1 : Image échographique d'une grossesse cervicale à 8SA

Le taux des β HCG plasmatiques est de 130150mU/ml. Le diagnostic de grossesse cervicale évolutive de 8 SA est retenu et la patiente est hospitalisée. Devant la stabilité des constantes hémodynamiques et biologiques et de l'absence de contre indication, elle bénéficie du traitement suivant :

- Trois (3) comprimés de Mifégyne suivi 48 heures après d'une aspiration après ligature préventive des pédicules cervico-vaginaux au fil résorbable. Le même jour la patiente reçoit une première injection de Méthotrexate en intramusculaire à la dose de 1mg/kg puis une deuxième dose à J10 de traitement.
- Une surveillance hebdomadaire des β HCG plasmatiques est instaurée jusqu'à la négativation à J28. Elle est mise sous contraception durant la période de surveillance et jusqu'à 6 mois après la guérison.

Cas clinique n°2

Mme J.C., âgée de 35 ans, 5^{ème} geste, 3^{ème} pare a pour antécédent 3 accouchements à terme par césarienne et d'une interruption volontaire de grossesse médicamenteuse.

Elle consulte en urgence à 7SA la veille de son départ en France pour des métrorragies faites de sang rouge sombre, peu abondantes associées à des douleurs pelviennes. L'examen au spéculum note un col ouvert à un doigt à l'orifice externe, l'utérus de taille subnormale, les culs-de-sacs vaginaux libres.

L'échographie endocervicale retrouve un utérus vide et une image cervicale hétérogène en cocarde prenant le doppler. (fig. 2)

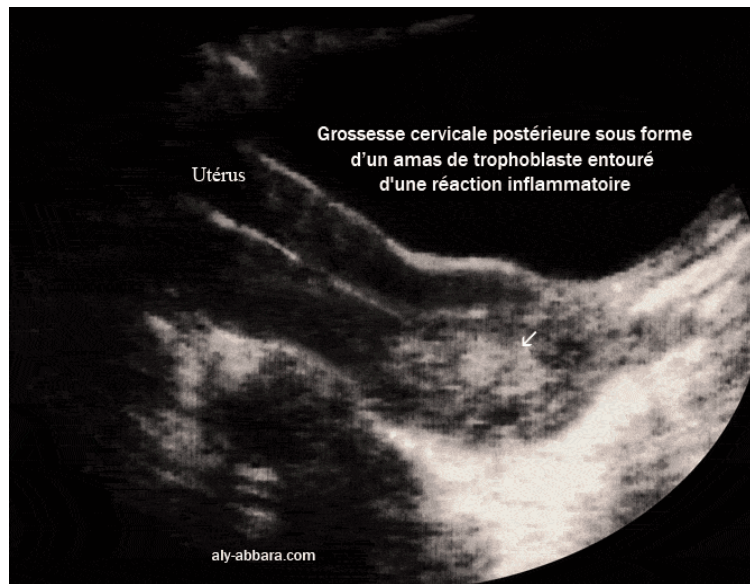


Figure n°2 : Image échographique d'une grossesse cervicale : image cervicale hétérogène en cocarde

Le taux de β HCG est à 103497 mU/ml. Le diagnostic de grossesse cervicale est retenu. Elle voyage le lendemain et arrivée en France, elle consulte de nouveau en urgence. Le diagnostic de grossesse cervicale est confirmé et une IRM est demandée pour bien apprécier les limites de l'image qui a conclu à une rétention du trophoblaste avec envahissement de la vessie. Elle bénéficie d'un traitement radical (hystérectomie). Les suites opératoires sont simples.

Cas clinique n°3

Mme J.D. âgée de 32 ans, 4^{ème} geste, 2^{ème} pare, ayant accouché 2 fois par voie basse à terme et un antécédent d'une interruption volontaire de grossesse par curetage consulte en urgence pour des douleurs pelviennes et de métrorragies minimales (traces) sur une grossesse de 6 SA+4j. Il est à noter un changement de conjoint pour la grossesse actuelle.

L'examen au spéculum n'objective aucun saignement. Au toucher vaginal, le col est long fermé, l'utérus est de taille normale un peu sensible à la mobilisation. Les culs-de-sacs vaginaux sont libres. L'échographie endovaginale met en évidence un sac gestationnel tonique de 6SA se situant au niveau de la région cervicale de l'utérus avec présence d'une vésicule vitelline et d'un embryon à peine vi-

sible, pulsatile. Une interruption médicale de grossesse est proposée au couple qui rejette la proposition. L'évolution de la grossesse est marquée par des menaces d'accouchement prématuré nécessitant plusieurs hospitalisations.

Le travail d'accouchement est spontané à 37 SA avec accouchement par voie basse d'un garçon pesant 2800g. Les suites de couches sont marquées dès la délivrance par une hémorragie foudroyante nécessitant une hystérectomie d'hémostase.

La réanimation a consisté entre autre à une transfusion sanguine (10 poches de sang), de plasma et de culot globulaire.

Les suites opératoires sont marquées par un coma pendant 2 jours et une anémie sévère. Après quelques jours de réanimation, l'évolution est favorable mais on note une absence de montée laiteuse.



(1)

(2)

Figure 3 : Images échographiques :

(1) d'une grossesse cervicale évolutive de 7SA

(2) d'une grossesse cervicale évolutive de 6SA

DISCUSSION

Rubin [3] est le premier à établir les critères précis pour le diagnostic de grossesse cervicale. Vu que les critères histopathologiques sont basés sur l'analyse des pièces opératoires, les critères cliniques et échographiques sont beaucoup plus utiles pour le clinicien.

La grossesse cervicale est rare voire exceptionnelle. Sa fréquence est mal connue et varie de 1/1000 à 1/35000 selon les auteurs [1, 2].

Les facteurs favorisant sont connus comme les anomalies morphologiques du col et du corps utérins, la grande multiparité, les léiomyomes, les antécédents de curetage ou d'endométrite et le dispositif intra utérin [1,2]. Nos patientes présentent plusieurs de ces facteurs de risque tels que le curetage, la césarienne et la multiparité.

La fécondation in vitro (FIV) semble également représenter un facteur de risque [4]. En effet, 3,7% des grossesses ectopiques par FIV sont cervicales [5].

Les manifestations cliniques se limitent souvent à des métrorragies, indolores [2,6]. Le tableau clinique est comparable à un avortement incomplet avec persistance de saignement ce qui est retrouvé chez nos patientes.

Le col est mou et bombé avec un utérus non augmenté de volume. L'orifice cervical externe est partiellement ouvert. Ce qui est retrouvé dans le 2^{ème} cas. Toutefois, il est clair que le diagnostic clinique reste très difficile [2]. Dans notre étude, aucune donnée clinique ne permet de suspecter une grossesse cervicale.

Les patientes présentent la triade symptomatique de grossesse ectopique : aménorrhée, métrorragies, douleurs pelviennes mais non spécifiques d'une localisation ectopique.

En 1978, Raskin [7] a rapporté le 1^{er} diagnostic échographique de grossesse cervicale. Avant l'utilisation de l'échographique, Ushakov [8] trouve que le diagnostic clinique est correct dans seulement 18% des cas (n=38). Avec le recours à l'échographie, le taux de diagnostic

correct a pu atteindre 87% dès les années 1990 [2].

Dans notre 1^{ère} observation, les images sont typiques de grossesse cervicale : le sac gestationnel normotonique, siège d'une grossesse évolutive et se trouve en dessous de l'orifice interne du col. Ce dernier est dilaté en tonneau.

Dans le deuxième cas, il existe une image hétérogène arrondie intracervicale, pouvant donner l'aspect d'une fausse couche en cours d'expulsion. Devant le tableau clinique non évocateur d'une fausse couche en cours d'expulsion, le doppler positif, la situation excentrée de l'œuf implanté dans la paroi cervicale, l'utérus vide à l'échographie, le diagnostic de grossesse cervicale est retenu.

Il est cependant important de connaître les pièges diagnostiques. Le diagnostic différentiel se fait parfois avec les glandes endocervicales dilatées et surtout avec une grossesse intra utérine en cours d'expulsion [2].

Dans le 2^{ème} cas, l'utérus de taille subnormale est le siège d'une image hétérogène correspondant à la grossesse et aux caillots sanguins. Dans la littérature [1,2] le trophoblaste peut être visualisé au-dessus du niveau des artères utérines. Le sac gestationnel est hypotonique et l'orifice interne est ouvert.

La grossesse purement cervicale est incompatible avec l'obtention d'un fœtus viable et doit donc être arrêtée aussitôt le diagnostic posé. En revanche, une grossesse cervico-isthmique peut évoluer jusqu'à la viabilité [9] et aller parfois à terme [10]. La grossesse cervicale peut être en l'absence de diagnostic et de prise en charge, responsable de graves complications hémorragiques. C'est le cas de notre 3^{ème} observation.

Les premiers taux de mortalité rapportés sont d'environ 40% [6]. Actuellement, la mortalité est presque nulle dans les pays développés [1].

Dans notre observation, il n'y a pas eu de décès mais le troisième cas a présenté une hémorragie grave nécessitant une hystérectomie et plusieurs transfusions sanguines.

La prise en charge des grossesses cervicales dépend du tableau clinique, l'état hémodynamique et les pertes sanguines.

Le dosage quantitatif de β HCG et l'échographie aident à déterminer approximati-

vement l'âge gestationnel et guident un choix thérapeutique approprié.

De nombreuses méthodes thérapeutiques sont essayées tel que le curetage suivi d'une compression par la sonde de foley ou par un cerclage ou encore l'embolisation radiologique des artères utérines [11].

Le traitement médical par le Méthotrexate à la dose de 0,5 à 1 mg/kg joue actuellement un rôle important dans le traitement conservateur des grossesses cervicales [11].

Stovall [12] est le premier à traiter une grossesse cervicale par Méthotrexate par voie générale. Depuis, de nombreux autres succès de ce traitement ont été rapportés [13, 14].

Il a été rapporté que le Méthotrexate, quelle que soit sa voie d'administration a une efficacité en terme de conservation utérine de 91% avant 12 SA [15]. Toutefois, des échecs ont été rapportés rendant un geste complémentaire nécessaire tel que le curetage ou l'hystérectomie. C'est d'ailleurs en raison d'un échec que Kaplan [16] eut l'idée de réaliser une injection intra cervicale de Méthotrexate. La voie d'injection in situ ou intra amniotique a été utilisée avec succès par de nombreuses équipes médicales [2].

Dans notre étude, malgré un diagnostic précoce, on relève comme facteurs de mauvaise réponse au Méthotrexate des taux initiaux de β HCG supérieurs à 10000 dans le 1^{er} et le 2^{ème} cas. Devant ces données, nous avons opté pour une hospitalisation systématique d'au moins une semaine avec renouvellement systématique de dose de Méthotrexate.

La revue de la littérature trouve que l'augmentation des doses de Méthotrexate ne semble pas améliorer l'efficacité de la méthode [2].

La 1^{ère} patiente de notre étude présente 2 autres critères de mauvaise réponse au traitement médical tels que l'activité cardiaque positive et une LCC supérieure à 10mm. Dans ce cas, nous avons réalisé d'abord un foeticide avec 3 comprimés de Mifegyne. Il est à noter que le foeticide préalable ou concomitant au Méthotrexate permet de diminuer le taux d'échecs du traitement médical [2]. Nous n'avons pas noté de complication ou d'échec du traitement médical dans le premier cas.

La surveillance post thérapeutique est essentiellement basée sur l'échographie en sachant que des images hétérogènes intracervicales

peuvent persister longtemps. En effet, le taux de β HCG ne semble pas être un bon élément de surveillance puisque des échecs ont été rapportés malgré une bonne décroissance hormonale [1, 2]. Le délai moyen de retour à un état "non gravide" est de 53 jours après l'initiation de la chimiothérapie.

Pour la première patiente de l'étude, la surveillance a associé le dosage des β HCG à l'échographie. Le délai de négativation des β HCG est de 28 jours.

Le pronostic obstétrical ultérieur des cas de grossesses ayant bénéficié d'un traitement conservateur utilisant le Méthotrexate semble bon [15].

Toutefois, malgré l'amélioration de la prise en charge et de la précocité des grossesses cervicales, des cas récents d'hystérectomie sont encore décrits dans la littérature [2]. C'est le

cas de la 2^{ème} et 3^{ème} patientes de notre étude. Cette alternative compromet malheureusement l'avenir obstétrical des patientes.

CONCLUSION

La grossesse cervicale est une ectopie rare. La littérature décrit de courtes séries et les recommandations cliniques sont d'un niveau de preuve [2]. L'avènement de l'échographie a permis des diagnostics précoces avant toute manifestation clinique. Ce qui permet de proposer des traitements conservateurs programmés en dehors de l'urgence. La référence actuelle du traitement est le Méthotrexate auquel on peut associer un foetocide en cas de grossesse avec activité cardiaque positive. Le pronostic vital de la mère est en jeu. L'hystérectomie reste la référence en cas de grossesse cervicale diagnostiquée tardivement et dans les cas d'hémorragies non contrôlables.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- **Parente JT, Ou CS, Levy J, Legatt E.** Cervical Pregnancy analysis: a review and report of five cases. *Obstet Gynecol* 1983; 62: 79-82
- 2- **Riethmuller D., Courtois L., Maillet R., Schaal JP.** Recommandation pour la pratique clinique Prise en charge de la grossesse extra utérine : les autres ectopiques (cervicales et abdominales) *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2003 ; 32 (suppl. au n°7 : 3S101-3S108)
- 3- **Rubin I.** Cervical Pregnancy. *Surg Gynecol Obstet.* 1911; 13:625-633
- 4- **Jozwiak EA, Ulug U, Akman MA, Bahceci M.** Successful resection of a heterotopic cervical pregnancy resulting from intracytoplasmic sperm injection. *Fertil Steril* 2003; 79: 428-30
- 5- **Dees HC.** Cervical pregnancy associated with uterine leiomyomas. *South Med J.* 1966; 59:900
- 6- **Boyko TR, O'Brien JF.** Cervical pregnancy: a case report. *Ann Emerg Med.* August 2001; 38:177-180
- 7- **Raskin MM.** Diagnosis of cervical pregnancy by ultrasound: a case report. *Am J Obstet Gynecol* 1978; 130:234-5
- 8- **Ushakov FB, Eichelal U, Aceman PJ.** Cervical pregnancy: past and future. *Obstet Gynecol Surv.* 1996; 52:45-59
- 9- **Itakura A, Okamura M, Ohta T, Mizutani S.** Conservative treatment of a second trimester cervico-isthmic pregnancy diagnosed by magnetic resonance imaging. *Obstet Gynecol* 2003; 101:1149-51
- 10- **David MP, Bergman A, Delighdish L.** Cervico-isthmic pregnancy carried to term. *Obstet Gynecol* 1980; 56:247-52
- 11- **Kirk E., Condous G., Haider Z., Syed A., Ojha K., Bourne T.** The conservative management of cervical ectopic pregnancies. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2006; 27: 430-437
- 12- **Stovall TG, Ling FW, Smith WC, Felker R, Rasco BJ, Buster JE.** Successful nonsurgical treatment of cervical pregnancy with methotrexate. *Fertil Steril* 1988; 50:627-4
- 13- **Ismail Cepni, MD, Pelin Ocal, MD, Sanli Erkan MD, and Burcak Erzik, MD.** Conservative treatment of cervical ectopic pregnancy with transvaginal ultrasoundguided aspiration and single dose methotrexate *Fertility Sterility* 2004;81
- 14- **Melilli GA, Cormio G, Putignaco G, Loverro G, Selvaggi L.** Successful treatment of cervical and simultaneous cervico-isthmic pregnancy with methotrexate. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2001; 28: 89-90
- 15- **Kung FT, Chang SY.** Efficacy of methotrexate treatment in viable and nonviable cervical pregnancies. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 1438-44
- 16- **Kaplan BR, Brandt T, Javaheri G, Scommegna A.** Nonsurgical treatment of a viable cervical pregnancy with intra-amniotic methotrexate. *Fertil Steril* 1990; 53:941-3