

Hlel(1), Rahma Beyrouti(1), Ahmed Guirat(1), Imen Fki(1), Amine Trabelsi(1), Hichem Cheikhrouhou(3), Ali Amoury(4), Jaballah Sakhr(5), Mohamed Ben Amar(1).

(1) Service de chirurgie générale, EPS Habib Bourguiba, 3029 Sfax, Tunisie.

(2) Service d'anatomopathologie, EPS Habib Bourguiba, 3029 Sfax, Tunisie.

(3) Service d'anesthésie Réanimation, EPS Habib Bourguiba, 3029 Sfax, Tunisie.

(4) Service de gastro entérologie, EPS Hédi Chaker, Sfax, Tunisie.

(5) Service de chirurgie générale, EPS Farhat Hached, Tunisie. Université de Sfax

Traitement médical des grossesses interstitielles non rompues

La grossesse interstitielle est une forme rare des grossesses ectopiques. Elle représente 3 % de toutes les grossesses extra-utérines [1]. Elle se définit par l'implantation du blastocyste dans la portion myométriale de la trompe de Fallope. Il s'agit d'une implantation dans la cavité endométriale, à la différence de la grossesse angulaire qui se développe au niveau de l'ostium tubaire au fond de la corne utérine. La grossesse interstitielle siège en dehors du ligament rond par opposition avec la grossesse angulaire qui se trouve en dedans [2]. Elle permet un développement relativement tardif jusqu' à un terme 16 semaines d'aménorrhée. Son incidence est estimée à 1 pour 2500 à 5000 naissances vivantes [3]. La rupture des grossesses interstitielles est particulièrement hémorragique à cause d'une riche vascularisation cornuale et d'une distension myométriale plus importante par une grossesse plus évoluée. Le taux de mortalité par grossesse interstitielle est 2 à 3 fois celui des grossesses tubaires [4, 5]. Seul un diagnostic précoce et une prise en charge rapide peuvent abaisser nettement la morbidité et la mortalité associées à la grossesse interstitielle. Classiquement, le traitement consiste en une résection de la corne utérine ou une hystérectomie par laparotomie [3]. Plusieurs approches de traitement conservateur sont de plus en plus privilégiées [6]. Ces attitudes regroupent une simple expectative avec surveillance échographique et l'injection locale ou systémique de Méthotrexate.

Nous rapportons six observations de grossesses interstitielles traitées avec succès par Méthotrexate systémique et in situ.

Patients et méthodes

Entre janvier 2004 et décembre 2009, nous avons recensé 506 grossesses ectopiques. Six parmi ces grossesses ont été interstitielles avec une prévalence de 1,18%. Le diagnostic est suspecté par l'examen échographique pelvien et confirmé par coelioscopie. Nos patientes avaient des constantes hémodynamiques stables, un bilan biologique hépatique et rénal correct autorisant l'usage de Méthotrexate. Après administration de Méthotrexate une surveillance stricte des taux de β -HCG est préconisée jusqu' à négativation. Le succès thérapeutique est défini par la négativation des taux de β -HCG sans recours à un traitement chirurgical de deuxième intention.

Observations

Observation 1

Madame S est âgée de 27 ans, mère d'un enfant vivant. Sa

contraception est mécanique par dispositif intra utérin mis depuis 3 ans et enlevé il y a un mois. Cette patiente a consulté pour des métrorragies associées à une aménorrhée de 6 semaines et cinq jours. L'examen clinique initial trouve un utérus légèrement augmenté de taille avec un isthme ramolli. L'examen échographique du pelvis trouve les stigmates d'une grossesse cornuale gauche avec la présence d'un embryon de 6.6mm de longueur crânio-caudale non animé d'activité cardiaque et une lame d'épanchement dans le douglas. Le dosage quantitatif des β -hCG trouve un taux initial de 111633 mUI/ml. La progestéronémie est de 13,69 ng/ml. La coelioscopie a confirmée le siège cornuale de l'ectopie. La patiente a reçu deux doses de méthotrexate en intramusculaire à 09 jours d'intervalle. Le contrôle échographique à j 30 post méthotrexate montre un utérus d'aspect normal. La négativation des β -hCG est atteinte à J45.

Observation 2

Madame F est âgée de 39 ans ayant dans ses antécédents une appendicectomie. C'est une troisième geste, nullipare avec une fausse couche spontanée révisée et une grossesse extra-utérine droite traitée par salpingectomie per coelioscopique. La patiente n'utilise aucun moyen contraceptif. Elle nous a consultés pour des métrorragies noirâtres minimales avec une aménorrhée de cinq semaines. L'examen clinique trouve une légère sensibilité hypogastrique latéralisée à gauche. L'échographie endovaginale objective une grossesse extra-utérine de siège cornual gauche avec un épanchement dans le douglas de faible abondance. Le taux initial des β -hCG était à 7909 mUI/ml. La coelioscopie a montré l'absence de trompe droite et de l'appendice et la présence d'une grossesse cornuale gauche de 5 cm. Devant l'absence de trompe droite et la nulliparité, on était tenté de faire un traitement conservateur pour ne pas compromettre encore plus la fertilité ultérieure. Une injection de 40 mg de méthotrexate in situ par voie coelioscopique au sein de la grossesse cornuale était pratiquée suivie d'une injection de 60 mg de méthotrexate en intramusculaire. Les suites opératoires ont été marquées par la négativation des taux des β -hCG à J15 post méthotrexate.

Observation 3

Madame A est âgée de 25 ans, sans antécédents pathologiques particuliers. Elle est suivie pour une hypofertilité primaire de 12 mois. La patiente s'est présentée dans un tableau de douleurs pelviennes aiguës associées à des métrorragies de moyenne abondance faites de sang rouge vif. L'interrogatoire révèle une aménorrhée de six semaines. L'examen clinique trouve un col violacé avec un saignement rouge vif d'origine endo-utérine. Au toucher vaginal, l'utérus était légèrement augmenté de taille, douloureux à la mobilisation avec un cul de sac vaginal droit sensible. Le taux initial de β -hCG était de 64000, et l'échographie endo vaginale trouvait une asymétrie du fond utérin avec la présence d'une masse hétérogène droite de 20 mm et un épanchement minime dans le douglas. La décision était de réaliser une coelioscopie qui trouve au niveau de la corne droite une grossesse extra-utérine de 2 cm de diamètre. Devant l'âge jeune de notre patiente et la nulliparité, nous avons opté pour un traitement conservateur par infiltration in situ de 20 mg de méthotrexate suivi de 60 mg en intramusculaire.

L'évolution était marquée par la décroissance progressive des taux de β -hCG jusqu'à l'annulation 16 jours après le début traitement.

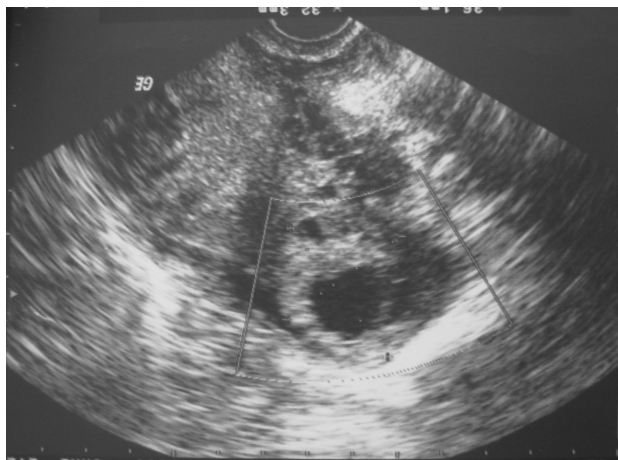
Observation 4

Mme R est âgée de 41 ans, huitième geste, quatrième pare. Elle a 4 enfants vivants, 2 fausses couches spontanés et un antécédent de grossesse extra utérine droite traitée par salpingectomie droite per coelioscopique il y a 3 ans et depuis elle ne suivait aucune méthode contraceptive. Elle consulte nos urgences pour des douleurs pelviennes et des métrorragies noirâtres minimales associées à une aménorrhée de huit semaines. L'examen clinique objective une sensibilité pelvienne gauche, un saignement noirâtre minime d'origine endocavitaire au spéculum. Le toucher vaginal réveille une douleur vive au niveau du cul de sac vaginal gauche. Le dosage des β -HCG est revenu positif à 8400 mUI/ml. L'échographie endovaginale montre un utérus de taille normale siège d'un pseudo sac gestationnel avec présence d'une image en cocarde gauche de 24 mm séparé de la cavité utérine par une couronne myométriale de 1,5 cm et une lame d'épanchement dans le douglas. La coelioscopie a permis de mettre en évidence une grossesse cornuale gauche de 3 cm et de la traiter par une injection de 60 mg de Méthotrexate in situ. La dégression des taux de β -HCG était progressive et l'annulation est obtenue au bout de 4 semaines avec disparition de l'image échographique au bout de 6 semaines.

Observation 5

Mme S est âgée de 32 ans, cinquième geste, deuxième pare, ayant deux enfants vivants accouchés normalement par voie basse et deux grossesses arrêtées révisées. Elle est sous contraception micro-progestative depuis 6 mois. Elle s'est présentée à la consultation pour des douleurs pelviennes latéralisées à gauche. La date de dernières règles remontait à 3 semaines, elles étaient inhabituelles. L'examen clinique trouve une légère sensibilité de la fosse iliaque gauche et au niveau du cul de sac vaginal gauche. L'échographie trouve un endomètre fin et une image en cocarde de 3 cm qui semble dépendre de la corne utérine gauche (figure 1).

Figure1: Coupe transversale du fond utérin montrant la grossesse ectopique au niveau de la corne gauche



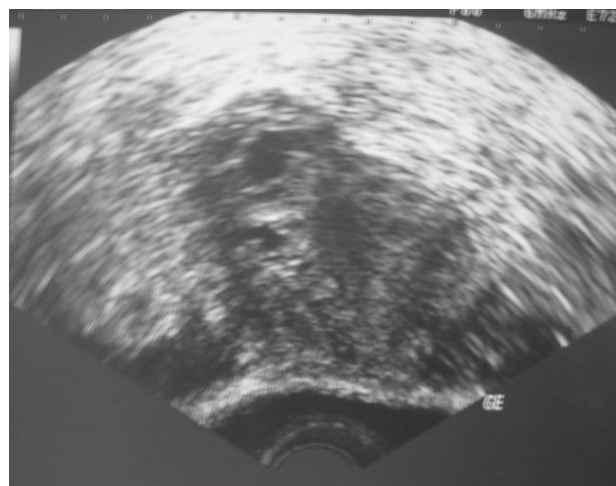
Le taux de BHCG initial était de 3000 mUI/ml. Le diagnostic de grossesse cornuale gauche est confirmé par coelioscopie et la patiente a reçu une injection intra musculaire de Méthotrexate à la dose de 1 mg/kg. La négativation des taux de β -HCG est obtenue au bout de 10 jours avec disparition de l'image échographique 1 mois après l'injection de Méthotrexate.

Observation 6

Mme L est âgée de 37 ans, deuxième geste, primipare. Elle a un enfant vivant accouché par césarienne. La patiente a présenté une hypofertilité secondaire de 18 mois, elle a bénéficié d'une coelioscopie diagnostique qui a objectivé une trompe gauche perméable et une obstruction tubaire droite proximale. Elle a consulté aux urgences pour des métrorragies noirâtres minimales sur une aménorrhée de huit semaines. L'examen clinique objective une légère sensibilité pelvienne droite. Le taux initial de β -HCG était de 94000 mUI/ml. L'échographie endovaginale trouve un utérus vide avec présence d'une masse hétérogène faisant corps avec la corne utérine droite mesurant 33 mm très probablement en rapport avec une grossesse cornuale droite (figure 2)

Figure 2: Image échographique endovaginale montrant la grossesse cornuale droite.

Elle est entourée d'une mince couche myométriale.



La coelioscopie indiquée en urgence a confirmé le siège cornuale droite de l'ectopie. La patiente a reçu une première dose de Méthotrexate en intra musculaire. L'évolution a été marquée par une décroissance des taux de β -HCG à 60.000 mUI/ml à J4 puis un rebond à 90.000 mUI/ml 08 jours après la première injection avec une patiente asymptomatique indiquant le recours à une deuxième dose de Méthotrexate en IM tout en continuant la surveillance clinique, échographique et biologique. Deux mois après la première dose du traitement médical on assiste à une stagnation du taux de β -HCG à 500 mUI/ml pendant une semaine avec diminution non significative de la taille de la grossesse cornuale à 28 mm. La décision était d'administrer une troisième dose de Méthotrexate en IM. Un

mois après on assiste à une deuxième stagnation des taux de β -HCG à 200 mUI/ml indiquant le recours à la 4ème dose de méthotrexate en intramusculaire. La surveillance clinico-biologique et échographique s'est étalé sur 2 mois après la 4ème dose (soit 5 mois après la dose initiale) sans négativation franche des β -HCG : taux persistant au alentours de 100 mUI/ml avec persistance de l'image échographique d'une taille de 2 cm. La chirurgie était donc notre dernier recours après l'échec du traitement médical. La coelioscopie a permis la résection totale de la grossesse cornuale.

Conclusion

En dehors d'un contexte de rupture, le traitement médical par Méthotrexate des grossesses interstitielles peut être proposé de première intention compte tenu des risques chirurgicaux et fonctionnels de la chirurgie de la corne utérine mais aussi de l'efficacité de cette modalité thérapeutique. Le meilleur garant du succès thérapeutique est un diagnostic précoce et une surveillance clinique échographique et biologique minutieuse pour remédier aux échecs à temps.

Références

1. Cassik P., Ofili-Yeboui D., Yazbek J., Lee C., El Son J, Jurkovic D. Ultrasound Obstet Gynecol 2005, 26 : 279-82.
2. Bourdel N, Roman H, Gallot D, et al. Grossesse interstitielle. Diagnostic échographique et apport de l'IRM. A propos d'un cas. Gynecol obstet Fertil 2007 ; 35 : 121-4.
3. Wheelless CR, katayama KP. Ectopic pregnancy. In mattingly RP, Thompson JD, editors. Telinde's operative Gynecology, 6th ed. Philadelphia : JB lippincott ; 1985. P. 429-49.
4. Fleischer AC, pennell RG, Mckee MS, et al. Ectopic pregnancy : features at transvaginal sonography. Radiology 1990; 174: 375-8.
5. Jafri SZH, Loginsky SJ, Bouffard JA, Selsis JE. Sonographic detection of interstitial pregnancy. J Clin Ultrasound 1987, 15 : 253-7.
6. Budinck SG, Jacobs SL, Nulsen JC, Metzger DA. Conservative management of interstitial pregnancy. Obstet gynecol surv 1993; 48 : 694-8.

Malek-mellouli Monia, Youssef Atef, Mbarki Manel, Ben Amara Fethi, Néji Khaled*, Reziga Hedi

Service de gynécologie obstétrique "B"

** Service des urgences*

Centre de maternité et de néonatalogie de Tunis –Tunisie

Faculté de Médecine de Tunis

Université Tunis El Manar