Grossesse intramurale fundique

Michael Chaikof MD, Sebastian Hobson MD MSP PhD, Mara Sobel MD MSc

■ Citation : CMAJ 2020 October 13;192:E1211. doi : 10.1503/cmaj.200181-f

Voir la version anglaise de l'article ici : www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.200181

Une femme de 35 ans (G2P2) s'est présentée chez son médecin avec un test de grossesse commercial positif, se plaignant de ballonnements et de malaises abdominaux. Cinq ans auparavant, elle avait présenté une hémorragie postpartum massive après avoir accouché de son deuxième enfant et avait alors dû subir une dilatation et un curetage. Elle a par la suite développé un syndrome d'Asherman (adhérences intra-utérines) grave, accompagné d'une aménorrhée complète. Le diagnostic a été confirmé par hystéroscopie, qui a révélé une oblitération de la cavité endométriale et la présence de synéchies.

Une échographie pelvienne effectuée d'urgence a montré une grossesse ectopique intramurale viable (âge gestationnel estimé de 8 semaines) à la hauteur du fond utérin. Le sac gestationnel était situé à moins de 3 mm de la couche séreuse de l'utérus, une présentation associée à un risque élevé de rupture utérine (figure 1A).

Compte tenu de la présence d'un poulx fœtal et de l'emplacement de la grossesse, nous avons procédé à une chirurgie conservatrice utérine avec hystérotomie fundique pour retirer la grossesse ectopique. Le défaut myométrial résultant a été suturé en plusieurs couches (figure 1B). La patiente a reçu son congé le surlendemain de l'opération; son état était stable.

Les grossesses ectopiques sont des complications qui touchent 1%–2% des grossesses et une des principales causes de mortalité maternelle dans le monde, avec un nombre de décès comparable à ceux de la prééclampsie et de l'éclampsie^{1,2}. Généralement, l'embryon s'implante dans une trompe de Fallope, mais le diagnostic peut viser d'autres emplacements¹. Les grossesses ectopiques intramurales, qui s'implantent dans le myomètre, sont l'une des formes de grossesse ectopiques les plus rares, représentant moins de 1% des cas³. Plus de 50 % des patientes présentant une grossesse intramurale ont précédemment subi une dilatation et un curetage³. Des défauts de cicatrisation de la déciduale ou du myomètre résultant de chirurgies utérines antérieures pourraient constituer des facteurs de risque.

Figure 1 : (A) Échographie pelvienne d'une grossesse intramurale fundique jouxtant la couche séreuse de l'utérus chez une femme de 35 ans se plaignant de ballonnements et de malaises abdominaux. L'embryon est situé complètement hors de la cavité endométriale. Cette dernière est indiquée par les flèches blanches, et la couche séreuse, par les flèches noires; on voit clairement la faible distance entre le sac gestationnel (flèche rouge) et l'extérieur de l'utérus. (B) Photographie intraopératoire montrant le sac gestationnel intact et le tissu placentaire qui y est lié, sortant de l'incision du fond utérin.

Références

1. Molinaro TA, Barnhart KT. Ectopic pregnancies in unusual locations. *Semin Reprod Med* 2007;25:123-30.
2. Montgomery A, Hannon G, Muhammad S, et al. Tubal ectopic pregnancies: risk, diagnosis and management. *Br J Midwifery* 2017;25. doi: 10.12968/bjom.2017.25.11.700.
3. Kirk E, McDonald K, Rees J, et al. Intramural ectopic pregnancy: a case and review of the literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2013;168:129-33.

Intérêts concurrents : Aucun déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

Les auteurs ont obtenu le consentement de la patiente.

Affiliations : Département d'obstétrique et de gynécologie (Chaikof, Hobson, Sobel), Université de Toronto; Département d'obstétrique et de gynécologie (Hobson, Sobel), Hôpital Mount Sinai, Toronto (Ont.).

Correspondance : Michael Chaikof, michael.chaikof@mail.utoronto.ca