

Un symptôme fréquent révèle un diagnostic rare et potentiellement dangereux

# Saignement en début de grossesse

Dr méd. Simone Aichner, Dr méd. Dominik Geibel

Frauenklinik Luzerner Kantonsspital, Wolhusen



## Présentation du cas

Une patiente de 39 ans VI geste / III pare nous est adressée en urgence pour saignement vaginal durant la septième semaine d'aménorrhée (SA), avec visualisation à l'échographie du sac gestationnel et de la vésicule vitelline au niveau du col utérin ainsi que des paramètres inflammatoires augmentés.

A l'hôpital, la patiente signale un saignement vaginal et des tiraillements du bas-ventre depuis la veille. Les pertes sanguines, correspondant initialement à un spotting ont augmenté depuis lors pour atteindre une intensité équivalente aux règles. Le test de grossesse réalisé à domicile avait été positif. Lors de son admission, la patiente est à 6 + 5 SA. L'anamnèse gynéco-obstétricale est caractérisée par trois accouchements par voie basse spontanés en 2008, 2010 et 2013, une fausse-couche complète à 7 SA en 2015 ainsi qu'une grossesse extra-utérine tubaire traitée par salpingotomie en 2007. A part les saignements vaginaux et des légères douleurs abdominales basses précitées, aucune autre plainte gynécologique n'est à signaler. Il est à noter qu'elle se plaint depuis quelques jours d'une légère toux productive dû à un état grippal.

Le bilan d'entrée révèle ce qui suit:

Les examens supplémentaires ont révélé ce qui suit:

- patiente en bon état général, afébrile, stable sur le plan hémodynamique;
- inspection vulvaire: organes génitaux externes sans particularité;
- examen au spéculum: saignement provenant du canal cervical équivalent aux règles, orifice cervical externe fermé;
- toucher vaginal: utérus antéfléchi, mobile, discrète douleur à la mobilisation utérine, légère douleur à la palpation annexielle des deux côtés;
- échographie transvaginale: visualisation du sac gestationnel avec vésicule vitelline d'environ 5 mm au niveau du col; zone hypervascularisée au niveau du sac gestationnel à l'examen Doppler couleur, endomètre épais de 16 mm, annexes normales des deux côtés, absence de liquide libre dans le cul-de-sac de Douglas;

- laboratoire: bêta-HCG 3223 UI/l, leucocytes 12,9 G/l, érythrocytes 4,66 T/l, hémoglobine 146 g/l, hémocrite 0,41, thrombocytes 176 G/l, protéine C réactive 83 mg/l; groupe sanguin O rhésus positif.

### Question 1: Quel diagnostic suspectez-vous?

- a) Menace de fausse-couche
- b) Fausse-couche incomplète
- c) Fausse-couche sceptique en cours
- d) Fausse-couche septique incomplète
- e) Grossesse extra-utérine (GEU) cervicale

Les paramètres inflammatoires augmentés, la douleur à la mobilisation utérine et l'anamnèse pourraient initialement faire suspecter la présence d'une fausse-couche sceptique en cours. Les données échographiques permettent cependant de diagnostiquer la présence d'une grossesse extra-utérine (GEU) cervicale. Le col est dilaté «en forme de tonneau», la cavité utérine est vide et l'endomètre est épais. Ces différents éléments ainsi que la vascularisation accrue au Doppler couleur constituent les critères diagnostiques caractéristiques d'une GEU cervicale. En cas de fausse-couche, il faudrait plutôt s'attendre à retrouver un corps utérin augmenté de taille et un sac gestationnel irrégulier au niveau du canal cervical [1].

Il est important de signaler qu'une échographie réalisée avant l'examen clinique aurait pu être pertinente, ceci aurait en effet permis de poser le diagnostic d'emblée. Il aurait été ainsi possible de renoncer au toucher vaginal qui n'est pas recommandé dans pareille situation en raison d'un risque hémorragique accru.

En ce qui concerne les paramètres inflammatoires augmentés, ceux-ci sont vraisemblablement à mettre sur le compte de l'état grippal susmentionné.

### Question 2: Quelle affirmation relative aux grossesses extra-utérines (GEU) est fausse?

- a) Environ 1,5–2% de toutes les grossesses ne sont pas intra-utérines.
- b) Les trompes utérines, et plus précisément le pavillon constituent la localisation la plus fréquente des GEU.
- c) L'incidence des GEU est en augmentation ces dernières années.



Simone Aichner

- d) La triade symptomatique classique comprend une aménorrhée avec un test de grossesse positif, des douleurs abdominales basses et un saignement vaginal.
- e) Le taux plasmatique de la bêta hCG est un élément important du diagnostic et constitue un critère permettant de déterminer le type de traitement.

Les GEU, qui correspondent à l'implantation d'un blastocyste en dehors de la cavité utérine, concernent 1,5–2% de toutes les grossesses [2]. Les trompes utérines représentent la localisation la plus fréquente, avec une implantation au niveau ampullaire dans la majorité des cas. La nidation de l'ovocyte fécondé au niveau du col utérin est rare, représentant moins d'1% de toutes les GEU [3]. Les principaux symptômes d'une GEU sont le saignement vaginal, les douleurs abdominales basses, l'aménorrhée et un test de grossesse positif. Il est à noter que tous ces symptômes ne doivent pas être nécessairement présents.

La détermination du taux plasmatique de la bêta hCG est incontournable dans l'algorithme diagnostique. La valeur de la bêta hCG, combinée à la durée de l'aménorrhée ainsi que l'examen échographique sont déterminants dans la démarche diagnostique et thérapeutique ultérieure. En cas de forte suspicion de GEU, le taux de bêta hCG a une influence décisive sur le type de traitement, une approche médicamenteuse n'étant en effet plus indiquée à partir d'une certaine valeur plasmatique. L'incidence des grossesses ectopiques en général et des GEU cervicales en particulier est en hausse.

**Question 3: Laquelle de ces propositions suivantes n'est pas un facteur de risque de grossesse cervicale?**

- a) Fécondation in vitro
- b) Antécédents de curetage
- c) Antécédents de GEU tubaire
- d) Antécédents de césarienne
- e) Maladie inflammatoire pelvienne

Les causes à l'origine des grossesses cervicales sont encore largement inconnues. Il existe différents facteurs de risques associés à la survenue des GEU cervicales, comme la dilatation du col utérin avec curetage, le syndrome d'Ashermann, les antécédents de césarienne, la fécondation in vitro ainsi que les maladies inflammatoires pelviennes [1, 3]. L'anamnèse personnelle de la patiente a révélé certains facteurs de risques associés avec le diagnostic posé. L'antécédent de GEU tubaire constitue un facteur de risque pour une nouvelle grossesse ectopique, il n'est cependant pas mentionné comme facteur de risque de survenue d'une grossesse cervicale dans la littérature. Après avoir été informée du diagnostic, la patiente a été conseillée quant aux différentes options thérapeutiques.

**Question 4: Quelle affirmation relative au traitement de la grossesse cervicale est exacte?**

- a) En cas de situation favorable et de diagnostic précoce, il est éventuellement possible d'adopter une attitude expectative, car la grossesse peut migrer vers la cavité utérine dans le décours.
- b) Un traitement chirurgical doit être initié immédiatement, car il existe un risque hémorragique élevé, ce qui peut exposer la patiente à des risques considérables.
- c) En raison d'hémorragie sévère, une hystérectomie doit être réalisée dans environ 5% des cas de GEU cervicales.
- d) Chez les patientes stables sur le plan hémodynamique, le traitement médicamenteux par méthotrexate (MTX) est privilégié par rapport au traitement chirurgical.
- e) En cas d'administration de MTX, la prise d'acide folique est strictement contre-indiquée, car cela réduit les chances de succès thérapeutique.

En raison du bon état général, du saignement modéré et d'une valeur de bêta hCG <5000 UI/l, nous avons décidé d'initier un traitement médicamenteux multidose par Méthotrexate (MTX). Cette approche thérapeutique est considérée comme supérieure à l'intervention chirurgicale, cette dernière étant associée à un risque hémorragique plus élevé [4]. En conséquence, la patiente a reçu du MTX à raison de 1 mg/kg de poids corporel par voie intramusculaire. Le saignement et les douleurs abdominales ont diminué. Le deuxième jour, nous avons administré de la Leucovorine® (acide folinique) à raison de 7,5 mg par voie orale afin de réduire les effets secondaires systémiques du MTX. Face un diagnostic aussi évident que dans notre cas, une attitude expectative n'est pas recommandée. En effet, le risque de complications augmente au fur et à mesure de l'âge gestationnel et de la croissance du taux de bêta hCG. Une migration de la grossesse à l'intérieur de la cavité utérine est systématiquement exclue. La patiente, qui a toujours présenté un bon état général, a pu quitter l'hôpital le lendemain pour poursuivre le traitement de manière ambulatoire.

**Question 5: Quelle affirmation relative au traitement par MTX est fautive?**

- a) Le MTX peut entraîner des modifications systémiques, une détermination de l'hémogramme et des paramètres hépatiques et rénaux est dès lors impérative avant et durant le traitement.
- b) L'intervention chirurgicale est presque toujours nécessaire par la suite, car l'administration de MTX entraîne une expulsion de la grossesse, ce qui réduit le risque hémorragique, mais on observe le plus souvent encore une rétention de matériel trophoblastique.
- c) En cas de survenue d'une complication hémorragique sévère au cours de traitement, une ligature des artères utérines peut s'avérer nécessaire.
- d) Après administration de MTX, une contraception fiable doit être mise en place pendant environ trois mois.

- e) Une administration transvaginales et intraamniotique de MTX ou de chlorure de potassium, en plus de l'administration systémique ou seule, est possible.

Le traitement par MTX est une approche thérapeutique élégante et dans une large mesure, sûre. En tant qu'antagoniste de l'acide folique, le MTX inhibe la synthèse d'ADN et exerce ainsi un effet cytotoxique systémique. Pour cette raison, un contrôle de l'hémogramme et des paramètres hépatiques et rénaux avant et durant le traitement est indispensable. En outre, la survenue d'une nouvelle grossesse doit être évitée jusqu'à trois mois après la prise de MTX en raison de son effet tératogène. Le MTX peut être administré par voie systémique, ou, à l'instar du chlorure de potassium, par voie transvaginales ou intraamniotique [4].

En fonction de l'âge gestationnel et de la valeur de la bêta hCG, le taux de succès thérapeutique est supérieur à 80%. Dans de rares cas, des hémorragies sévères surviennent sous traitement par MTX, il est à noter qu'une hystérectomie d'hémostase doit être pratiquée dans uniquement 1% des cas de grossesse cervicale [1].

Il existe néanmoins des situations diverses qui imposent une approche alternative. En cas d'hémorragie sévère en cours de traitement par MTX, différentes mesures thérapeutiques peuvent être prises visant à empêcher l'hystérectomie d'urgence, comme la ligature des branches des artères utérines, le tamponnement du col utérin à l'aide d'une sonde de Foley ou l'embolisation des artères utérines [5]. Ces mesures peuvent soit être mises en œuvre pour contrôler l'hémorragie, soit elles peuvent être implémentées avant un curetage aspirateur prudent en cas d'échec du traitement médicamenteux.

Le troisième jour, le taux plasmatique de la bêta hCG a de nouveau été déterminé chez notre patiente, montrant une nette diminution à 1106 IU/l. Compte tenu de ce résultat, l'administration d'une dose supplémentaire de MTX n'a pas été nécessaire. L'échographie n'a révélé

aucun signe de rétention de matériel trophoblastique suite à l'expulsion rapportée par la patiente.

Des contrôles hebdomadaires de bêta hCG ont été effectués et un taux plasmatique de 0 a heureusement été mesuré quatre semaines après début du traitement. Après confirmation d'une valeur de bêta hCG indétectable une semaine plus tard, à terme a été mis aux contrôles sanguins.

## Discussion

Le cas présent constitue une rareté en gynécologie. Bien que les GEU cervicales surviennent de manière exceptionnelle, un diagnostic précoce et un traitement adéquat sont essentiels pour éviter des complications hémorragiques sévères.

La pose du diagnostic erroné de fausse-couche inévitable avec curetage évacuateur consécutif aurait pu déclencher une hémorragie sévère et dangereuse. Malgré un diagnostic plus précoce, les progrès réalisés dans le domaine de l'échographie diagnostique et le dosage quantitatif de la bêta hCG plasmatique, les GEU constituent toujours facteur de morbidité et de mortalité maternelle. Un diagnostic correct et un traitement adéquat revêtent dès lors une importance primordiale pour éviter des complications.

## Remerciements

Les auteurs remercient le Dr Vincent Uerlings, Frauenklinik, Luzerner Kantonsspital, Luzern, pour sa révision de la traduction française.

## Disclosure statement

Les auteurs n'ont pas déclaré des obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

## Références

- 1 Bolla D, Lanz S, Müller MD, Raio L. Zervikale Narbenschwangerschaft: immer häufiger aber trotzdem oft verpasst. *FHA*. 2014;2:35–8.
- 2 Barnhart KT. Clinical practice. Ectopic pregnancy. *N Engl J Med*. 2009;361(4):379–87.
- 3 Murji A, Garbedian K, Thomas J, Cruickshank B. Conservative management of cervical ectopic pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can*. 2015;37(11):1016–20.
- 4 Verma U, English D, Brookfield K. Conservative management of nontubal ectopic pregnancies. *Fertil Steril*. 2011;96(6):1391–5.
- 5 Zakaria MA, Abdallah ME, Shavell VI, Berman JM, Diamond MP, Kmak DC. Conservative management of cervical ectopic pregnancy: utility of uterine artery embolization. *Fertil Steril*. 2011;95(3):872–6.

Correspondance:  
Dr méd. Simone Aichner  
Frauenklinik Luzerner  
Kantonsspital  
Spitalstrasse  
CH-6000 Luzern  
simone.aichner[at]luks.ch

## Réponses:

Question 1: e; Question 2: b; Question 3: c; Question 4: d;  
Question 5: b.