

CAS CLINIQUES

DIFFICULTES DE DIAGNOSTIC ET DE PRISE EN CHARGE DE LA GROSSESSE ABDOMINALE : A PROPOS DE DEUX CAS DIAGNOSTIQUES A TERME AU CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE DIOURBEL DU SENEGAL

DIFFICULTIES FOR DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF ABDOMINAL PREGNANCY: ABOUT TWO CASES AT FULL TERM PREGNANCY IN REGION- AL HOSPITAL OF DIOURBEL SENEGAL

M. GUÈYE^{1*}, M. MBAYE¹, S.M. K. GUÈYE¹, M.L. CISSÉ¹, MAME DIARRA NDIAYE-
GUÈYE¹, M. GUÈYE², H. DIAW², J.C. MOREAU

¹Clinique gynécologique et obstétricale, CHU Aristide Le Dantec
3, Avenue Pasteur, BP 3001, Dakar, Sénégal

²Maternité du Centre Hospitalier Régional Heinrich Lubke de Diourbel

Auteur correspondant : Dr. Mamour GUEYE

Clinique Gynécologique et Obstétricale (Service du Pr. J.C. Moreau)
CHU Aristide Le Dantec Email : mamourmb@yahoo.fr

Résumé

La grossesse abdominale est une pathologie rare, de diagnostic tardif dans les pays en développement où la médicalisation demeure insuffisante. L'échographie, incontournable au diagnostic, n'est pas toujours géographiquement accessible. Le pronostic fœtal est réservé à côté d'une mortalité maternelle non négligeable. Le traitement est toujours chirurgical. Nous rapportons deux cas de grossesses abdominales secondaires menées à terme dans une maternité périphérique localisée à 200 km de la capitale sénégalaise.

Mots clés : grossesse abdominale ; pronostic materno-fœtal ; échographie, Sénégal.

Summary

We report two cases of secundar abdominal full term pregnancy in a Senegal peripheric maternity (200 km far from the capital). This type of pregnancy is rare, and misses early diagnosis in developing countries due to poor pregnancy follow-ups. Treatment is still surgical. Ultrasonography is useful to confirm diagnosis but is not geographical affordable. . Prognosis of the fetus is usually poor, and risks to the mother are non-negligible.

Keywords: abdominal pregnancy; mother's and foetal prognosis; ultrasound; Senegal.

INTRODUCTION

Entité de la grossesse extra-utérine, la grossesse abdominale ou péritonéale se définit comme le développement de l'œuf dans la cavité abdominale. On distingue la grossesse abdominale précoce de la grossesse abdominale avancée diagnostiquée après 20 semaines d'aménorrhée [1]. Elle survient dans la majorité des cas dans les pays sous développés où la médicalisation est encore insuffisante [2]. La grossesse abdominale y est caractérisée par un diagnostic tardif. L'examen clinique et l'échographie occupent une place primordiale dans le diagnostic. Le traitement est toujours chirurgical et le pronostic fœtal est souvent très réservé. Quant au pronostic maternel, il dépend le plus souvent de la précocité de l'intervention ainsi que de la qualité de celle-ci. Nous rapportons deux cas de grossesses abdominales découvertes à terme à la maternité du Centre Hospitalier Régional de Diourbel située à 200 km de la capitale Sénégalaise

CAS CLINIQUES

Observation n°1

Madame N.F. âgée de 25 ans, 3^{ème} geste, deux enfants vivants, était évacuée d'un poste de santé pour hydramnios et douleurs abdominales sur une grossesse à terme. Elle vivait en zone rurale avec un niveau socio-économique jugé bas. Elle avait bénéficié de 3 consultations prénatales mais aucune échographie obstétricale n'avait été réalisée.

L'examen clinique retrouvait un bon état général avec des muqueuses qui étaient pâles. Madame N.F. pesait 51 kg pour 156 cm, soit un indice de masse corporelle de 20,95 kg/m². La tension artérielle et le pouls étaient normaux. La hauteur utérine était mesurée à 32 cm, la palpation avait retrouvé un fœtus anormalement superficiel, une tête mobile au dessus du détroit supérieur. Les bruits du cœur fœtal étaient présents et réguliers à 140 battements par minute.

Le toucher vaginal retrouvait une discordance entre la taille de l'utérus (qui correspondait à une grossesse de 2 mois) et l'âge présumé de la grossesse. Ce tableau évoquait une rupture utérine et motivait une échographie en urgence. L'échographie obstétricale mettait en évidence une grossesse évolutive dans la cavité abdominale à

côté d'un utérus vide. La biométrie fœtale était de 38 semaines d'aménorrhée. L'hémogramme montrait une anémie normochrome normocytaire avec un taux d'hémoglobine à 8,3g/dl. Une laparotomie médiane sous ombilicale était décidée et effectuée en urgence sous anesthésie générale. Elle avait permis de découvrir un sac amniotique intra-abdominal dont l'ouverture était suivie de l'extraction par traction podalique d'un fœtus vivant de sexe féminin pesant 3400g. Le score d'Apgar à la première minute était de 4/10 puis 6/10 à la cinquième minute. Il est décédé 12h après l'intervention dans un contexte de détresse respiratoire. Le placenta était de siège latéro-utérin gauche prenant l'ovaire homolatéral. L'extraction placentaire associée à une annexectomie gauche avait été réalisée sans difficultés. Les suites opératoires étaient simples et l'exéat de la patiente fait au neuvième jour en post-opératoire avec une contraception à base de progestatifs (implants progestatifs). Avec un recul de 12 mois, aucune complication maternelle n'a été notée.

Observation n°2

Madame M.S. 2^{ème} geste, primipare de 25 ans, mère d'un enfant vivant âgé de 3 ans, au niveau socio-économique bas, était évacuée à l'hôpital pour rétention d'œuf mort sur grossesse à terme. L'examen général était sans particularités : la conscience était claire, les muqueuses normalement colorées, la tension artérielle et le pouls normaux.

L'examen obstétrical retrouvait une hauteur utérine à 33 cm, une tête en bas, des bruits du cœur du fœtus absents. Une première échographie réalisée avait confirmé l'arrêt de la grossesse. Une décision d'évacuation de l'utérus après maturation cervicale au misoprostol suivi de déclenchement était prise. Au bout de 4 poses de 50 mg de misoprostol espacées de 6 heures, le col de l'utérus ne présentait que des modifications mineures ; nous avons conclu à un échec du déclenchement. Devant cette situation, une grossesse abdominale était suspectée et une deuxième échographie réalisée. Elle avait objectivé un utérus vide et une grossesse abdominale non évolutive dont la biométrie correspondait à 38 SA.

Une laparotomie effectuée en urgence retrouvait une coque (Figure 1A) qui était adhérente aux anses intestinales et à la paroi abdominale. Le

décollement prudent de la coque et son ouverture ont permis de découvrir un fœtus mort né macéré de sexe masculin pesant 3600 grammes avec son placenta (Figure 1B). Les suites opératoires étaient simples, l'exéat de la patiente était effectué au 11^{ème} jour en post-opératoire sous contraception aux implants progestatifs. Avec un recul de 9 mois, aucune complication n'est observée.

Pour nos deux observations, la durée de leur séjour hospitalier était en rapport avec l'éloignement de leur localité d'origine qui ne disposait pas de structure sanitaire adaptée à la prise en charges des suites opératoires. Leur hospitalisation devait être effective jusqu'à la cicatrisation.

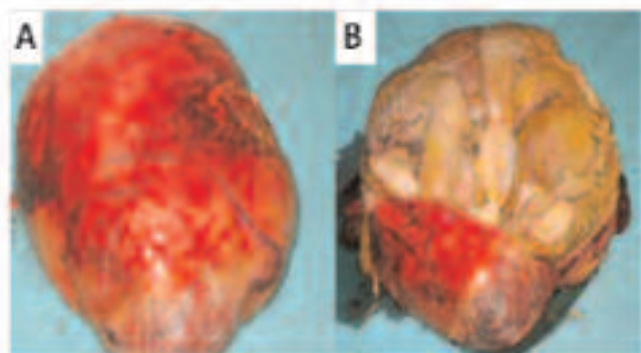


Figure 1 : Grossesse abdominale contenue dans une coque qui était adhérente aux anses intestinales.

A : Coque contenant le fœtus et ses annexes.

B : Découverte d'un fœtus mort, macéré avec ses annexes après ouverture de la coque

DISCUSSION

L'incidence des grossesses abdominales varie en fonction des pays, 1/10000-15000 accouchements en Europe, 1/2000 accouchements dans les pays en développement [2]. La fréquence de la grossesse abdominale est influencée par les facteurs de risque de la grossesse extra-utérine : malformations génitales, séquelles d'infections génitales spécifiques ou non, séquelles de chirurgie tubaire et le milieu socio-économique bas [3]. La fréquence élevée dans les pays en développement est liée aux facteurs en rapport avec le bas niveau socio-économique tels que l'incidence de l'infection génitale et l'insuffisance de suivi de la grossesse [2].

La classification des grossesses abdominales en primitive et secondaire est purement didactique et

n'a aucune influence sur la prise en charge diagnostique ou thérapeutique [6]. Les grossesses abdominales secondaires, les plus fréquentes, résultent soit d'un avortement tubo-abdominal, soit d'une rupture d'une grossesse tubaire, soit de la migration d'une grossesse intra-utérine au travers d'une brèche d'hystérotomie ou de perforation utérine, ou d'une corne rudimentaire. Les grossesses abdominales secondaires ont également été décrites après hystérectomie, bien que ce soit des cas rares [6]. Les grossesses abdominales primitives sont rares.

Elles répondent aux critères diagnostiques de Studdiford décrits en 1942 [3-5]: trompes et ovaires intacts sans lésion ancienne ou récente, absence de fistule utéro-péritonéale, présence d'une grossesse en relation exclusive avec le péritoine qui forme la caduque réfléchie de l'œuf. La différenciation définitive entre grossesse abdominale primitive et secondaire n'est possible qu'à l'examen histologique des annexes et de l'utérus, ce qui ne peut être pratiqué que dans de très rares cas.

Le diagnostic clinique est souvent difficile mais un groupe de signes permet d'orienter le diagnostic vers une grossesse abdominale: les troubles digestifs, la douleur abdomino-pelvienne concomitante aux mouvements fœtaux, un fœtus superficiel, un col fixé sous la symphyse pubienne. Le diagnostic est porté parfois devant un hémopéritoine massif [3]. L'échographie occupe une place importante dans le diagnostic de la grossesse abdominale.

Dans les pays développés où l'imagerie par résonance magnétique (IRM) peut être réalisée assez facilement, le diagnostic est plus aisé. L'IRM retrouve un utérus vide, un fœtus dans la cavité abdominale non circonscrit par du tissu myométrial, une présentation fréquemment transverse et, un oligoamnios [3]. Dans les pays en développement comme le nôtre, l'échographie constitue le pilier du diagnostic.

Dans nos deux observations, l'échographie n'a pu être réalisée qu'à l'hôpital, et non lors des consultations prénatales. Cependant, le bilan fœtal échographique est souvent difficile compte tenu de la fréquence de l'oligoamnios qui gêne l'examen morphologique [3].

La prise en charge thérapeutique est toujours

chirurgicale. Si le fœtus est mort in utéro, pour ne pas exposer la mère aux troubles infectieux et aux troubles de la coagulation, une laparotomie réglée est programmée [6]. Si le fœtus est vivant, avant 20 semaines, l'interruption de grossesse doit être discutée. La voie d'abord habituelle est une laparotomie, quelques rares cas d'abord laparoscopique pour des grossesses de moins de 12 semaines ont été rapportés [3]. Après 20 semaines, une laparotomie sera programmée à 34 semaines [5], après obtention d'une maturation pulmonaire fœtale. A cause du risque d'hémorragie incontrôlable, toutes tentatives d'extirpation du placenta sont formellement interdites si le placenta s'insère sur un organe noble ou sur un vaisseau [7]. Si la délivrance est possible, elle est réalisée en per-opératoire. L'attitude classique est de laisser en place le placenta en coupant au plus ras possible le cordon. La résorption placentaire est surveillée par l'échographie et le dosage des hormones placentaires (hormone chorionique gonadotrope). Pour accélérer la résorption du placenta, le méthotrexate peut être préconisé [7-9]. Dans nos deux observations, l'exérèse totale du placenta a été possible.

Le pronostic fœtal est réservé avec une mortalité élevée, 75 à 95 % [6]. Elle a été de 100% dans notre série. Les causes de décès sont liées à l'hypotrophie fœtale et aux malformations. Toutefois, dans l'observation 1, nous n'avions

retrouvé ni malformation externe évidente, ni hypotrophie. Par ailleurs, des signes de post maturité étaient retrouvés. Ces facteurs associés à la mauvaise vascularisation du placenta connue dans les grossesses abdominales, pourraient expliquer la fragilité de ce fœtus. Le pronostic maternel dépend de la précocité du diagnostic et de l'attitude prise par rapport au placenta [2]. La mortalité maternelle varie de 0 à 18 %, due essentiellement aux hémorragies et aux complications infectieuses [3]. Le pronostic était favorable chez nos patientes.

CONCLUSION

La grossesse abdominale est une pathologie rare encore rencontrée dans les pays où la médicalisation est insuffisante. La clinique, devant certains signes permet de la suspecter. L'échographie dans le diagnostic de cette affection est quasi-incontournable. La formation du personnel médical et paramédical à la pratique de l'échographie obstétricale et sa systématisation au cours de la grossesse pourraient améliorer le diagnostic et le pronostic.

Le pronostic fœtal reste réservé dans tous les cas, mais celui de la mère peut être amélioré par la précocité de la prise en charge.

REFERENCES

- 1 **J. Martin Jr, J. Sessums, R. Martin, J. Pryor, and J. Morrisson**, *Abdominal pregnancy: current concepts of management*, *Obst Gynecol* 71 (1988), 549-557.
- 2 **H. Z. Rabarrijaona, J. P. Rarakotovao, M. J. M. Rakotorahalahy, and J. M. Randriamlarana**, *La grossesse abdominale*, *Méd Afr Noire* 47 (2000), 460-63.
- 3 **M. Mahi, H. Boumdin, S. Chaouir, T. Salaheddine, D. Attioui, T. Amil, A. Hanine, and M. Benameur**, *Un nouveau cas de grossesse abdominale*, *J Radiol* 83 (2002), 989-992.
- 4 **R. Beddock, P. Naepels, C. Gondry, P. Besserve, B. Camier, J. Boulanger, and J. Gondry**, *Diagnostic et concepts actuels de prise en charge de la grossesse abdominale avancée*, *Gynecol Obstet Fertil* 32 (2004), 56-61.
- 5 **W. Ombelet, J. Vandermerwe, and F. VanAssche**, *Advanced extra uterine pregnancy : description of 38 cases with litterature survey*, *Obs Gynae Surv* 43 (1988), 386-97.
- 6 **S. Ramphal, and J. Moodley**, *Advanced extrauterine pregnancy*, *Current Obstetrics and Gynaecology* 8 (1998), 90-95.
- 7 **A. Diouf, F. Diouf, C. T. Cissé, D. Diallo, A. Gaye, and F. Diadhiou**, *La grossesse abdominale à terme avec enfant vivant. A propos de 2 cas*, *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 25 (1996), 212-215.
- 8 **J. Bajo, A. Garcia-Frutos, and A. Huertas**, *Sonographic follow-up of a placenta left in situ after delivery of the fetus in an abdominal pregnancy*, *Ultrasound Obstet Gynecol* 7 (1996), 285-288.
- 9 **R. Spanta, L. Roffman, T. Grissom, J. Newland, and B. McManus**, *Abdominal pregnancy: magnetic resonance identification with ultrasonographic follow-up of placenta involution*, *Am J Obstet Gynecol* 157 (1987), 887-9.