

Séries de cas

Difficultés du diagnostic et de prise en charge de la grossesse abdominale : à propos de deux cas diagnostiqués à terme au Centre Hospitalier Régional de Diourbel du Sénégal

M. Guèye,¹ M. L. Cissé,¹ S. M. K. Guèye,¹ M. Guèye,² H. Diaw,² et J. C. Moreau¹

¹Clinique Gynécologique et Obstétricale, Centre Hospitalier et Universitaire Aristide Le Dantec, 3 Avenue Pasteur, BP 3001, Dakar, Sénégal

²Maternité, Centre Hospitalier Régional Heinrich Lubke de Diourbel, Route de Gossas, Sénégal

Adresser correspondances à M. Guèye, mamourmb@yahoo.fr

Reçu le 5 mars 2012 ; accepté le 4 avril 2012

Résumé Nous rapportons deux cas de grossesses abdominales secondaires menées à terme. La grossesse abdominale est une pathologie rare, sauf dans les pays en développement où le diagnostic est tardif et la médicalisation insuffisante. L'échographie est incontournable au diagnostic. Le traitement est toujours chirurgical. Le pronostic fœtal est réservé et la mortalité maternelle non négligeable.

Mots Clés grossesse abdominale ; pronostic materno-fœtal ; échographie

1 Introduction

Entité des grossesses extra-utérines, 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 [5]. Elle survient dans la majorité des cas dans les pays sous développés où la médicalisation est encore insuffisante [7]. 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 et de l'intervention elle-même. Nous rapportons deux cas de grossesses abdominales découvertes à terme au Centre Hospitalier Régional de Diourbel du Sénégal. L'objectif de cette série de cas est de montrer l'importance de l'examen clinique et surtout de l'échographie dans le diagnostic des grossesses abdominales et d'évaluer le pronostic materno-fœtal.

2 Observations

2.1 Observation no. 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 légèrement 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. L'examen obstétrical ne relevait pas de particularité à l'inspection. 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 8,3 g/dl. Une laparotomie médiane sous ombilicale a été décidée 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 de sexe féminin pesant 3400 g. Le score d'Apgar à la première minute était de 4/10 et 6/10 à la cinquième minute. Il est décédé 12 h après l'intervention dans un contexte de détresse respiratoire. Le placenta était latéro-utérin gauche prenant l'ovaire homolatéral. L'extraction placentaire associée à une annexectomie gauche a été réalisée sans difficultés. Les suites opératoires ont été simples et la patiente est sortie au neuvième jour post opératoire avec une contraception à base de progestatifs (implants progestatifs). Avec un recul de 12 mois, aucune complication n'a été notée.

2.2 Observation no. 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 : conscience claire, muqueuses normalement colorées, tension artérielle et 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 a été réalisée et a confirmé l'arrêt de la grossesse. Une décision d'évacuation de l'utérus après maturation cervicale au misoprostol suivi de déclenchement a été prise. Au bout de 4 poses de 50 g de misoprostol espacées de 6 h, 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 a été suspectée et une deuxième échographie réalisée. Elle a 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 1(a)) 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 1(b)). Les suites opératoires étaient simples, la patiente est sortie de l'hôpital 11 jours plus tard. Avec un recul de 9 mois sous contraception (implants progestatifs), aucune complication n'est apparue.

Pour nos deux observations, l'exéat à J9 et 11 est liée au fait que ces patientes qui habitent en zone rurale ne sortaient de l'hôpital qu'après cicatrisation, leur localité ne disposant pas de structures sanitaires.

3 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 [7]. 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 [4]. La fréquence élevée dans les pays en développement est liée à deux facteurs dépendant du niveau socio-économique du pays : l'incidence de l'infection génitale et l'insuffisance de suivi de la grossesse [7].

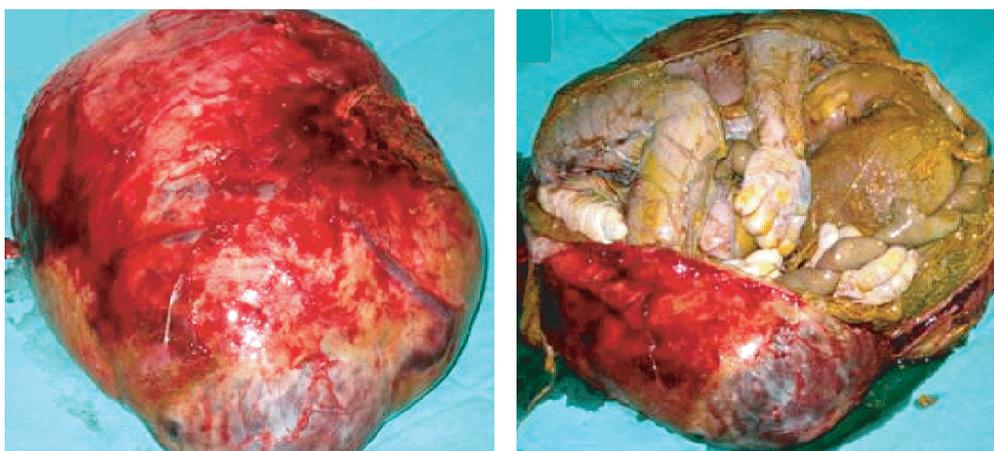
Les grossesses abdominales primitives sont rares. Elles répondent aux critères diagnostiques de Studdiford décrits en 1942 [2,4,6] : trompes et ovaires intacts sans lésion ancienne ou récente, absence de fistule utéro-péritonéale, présence d'une grossesse en relation exclusive avec le péritoine qui forme 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 ministère de la santé du Sénégal recommande 4 consultations prénatales au cours de la grossesse et la réalisation de trois échographies. Le non recours à l'échographie relève le plus souvent de deux facteurs : l'absence de prescription de l'examen par un personnel non qualifié et le manque de moyens pour honorer l'examen.

Le diagnostic clinique est souvent difficile mais un groupe de signes permet d'orienter le diagnostic vers une grossesse abdominale : troubles digestifs, douleurs abdomino-pelviennes concomitantes aux mouvements fœtaux, fœtus superficiel, col fixé sous la symphyse pubienne. Le diagnostic est porté parfois devant un hémopéritoine massif [4]. 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, un oligoamnios [4]. 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 [4]. 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 [2]. 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 [2].

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 [8]. 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 [4]. Après 20 semaines, une laparotomie sera programmée à 34 semaines [6], 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 [3]. Si la délivrance est possible, elle est réalisée



(a) Coque contenant le fœtus et ses annexes.

(b) Découverte d'un fœtus mort, macéré avec ses annexes après ouverture de la coque.

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

en peropératoire. 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 [1,3,9]. Dans nos deux observations, l'exérèse totale du placenta a été possible.

Le pronostic fœtal est réservé avec une mortinatalité élevée, 75% à 95% [8]. 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, on n'a 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 [7]. La mortalité maternelle varie de 0% à 18%, due essentiellement aux hémorragies et aux complications infectieuses [4]. Le pronostic a été favorable chez nos patientes.

4 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.

Bibliographie

- [1] 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.
- [2] R. Beddock, P. Naepels, C. Gondry, P. Besserve, B. Camier, J. Boulanger, et al., *Diagnostic et concepts actuels de prise en charge de la grossesse abdominale avancée*, *Gynecol Obstet Fertil*, 32 (2004), 55–61.
- [3] A. Diouf, F. Diouf, C. T. Cissé, D. Diallo, A. Gaye, and F. Diadhio, *La grossesse abdominale a terme avec enfant vivant. A propos de 2 cas*, *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 25 (1996), 212–215.
- [4] M. Mahi, H. Boumdin, S. Chaouir, T. Salaheddine, D. Attioui, T. Amil, et al., *Un nouveau cas de grossesse abdominale*, *J Radiol*, 83 (2002), 989–992.
- [5] J. Martin Jr., J. Sessums, R. Martin, J. Pryor, and J. Morrisson, *Abdominal pregnancy: current concepts of management*, *Obstet Gynecol*, 71 (1988), 549–557.
- [6] W. Ombelet, J. Vandermerwe, and F. VanAssche, *Advanced extra uterine pregnancy: description of 38 cases with literature survey*, *Obs Gynae Surv*, 43 (1988), 386–397.
- [7] H. Z. Rabarrijaona, J. P. Rarakotovao, M. J. M. Rakotorahalahy, and J. M. Randriamlarana, *La grossesse abdominale*, *Med Afr Noire*, 47 (2000), 460–463.
- [8] S. Ramphal and J. Moodley, *Advanced extrauterine pregnancy*, *Curr Obstet Gynaecol*, 8 (1998), 90–95.
- [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), 887–889.