



Grossesse abdominale : les difficultés diagnostiques à travers un cas.

Abdominal pregnancy: difficulties of the diagnostic through a case.

H F RABARIKOTO ^{(1)*}, T M RAKOTOMBOAHANGY ⁽²⁾, T R RAZAFINDRABIA ⁽¹⁾, E RAZAFINDRATASY ⁽²⁾, D M A RANDRIAMBOLOLONA ⁽³⁾

⁽¹⁾ Service de Gynécologie et Obstétrique, Hôpital Militaire d'Antsiranana BP 343, 201 Antsiranana Madagascar

⁽²⁾ Service de Gynécologie et Obstétrique, Centre Hospitalier Universitaire Tanambao I, 201 Antsiranana Madagascar

⁽³⁾ Faculté de Médecine d'Antsiranana, Antsiranana Madagascar

Soumis le 17 janvier 2018

Accepté le 06 avril 2018

Disponible en ligne le 12 avril 2018

RESUME

La grossesse abdominale est une localisation extrêmement rare des grossesses extra-utérines. Nous en rapportons un cas chez une patiente hospitalisée pour des vomissements incoercibles à 14 semaines d'aménorrhée. Les signes cliniques et l'examen physique ont peu contribué au diagnostic, celui-ci a été posé à l'échographie. Notre objectif est de mettre en valeur l'importance de l'échographie pour toute admission au premier trimestre de grossesse en insistant sur l'individualisation de la paroi utérine pendant sa réalisation.

Mots clés : Echographie - Grossesse abdominale - Grossesse extra-utérine.

ABSTRACT

Abdominal pregnancy is an extremely rare location of ectopic pregnancies. We report a case in a patient hospitalized for uncontrollable vomiting at 14 weeks of amenorrhoea. The clinical signs and physical examination didn't lead to the diagnosis. It was affirmed by ultrasound. Our objective is to highlight the importance of ultrasound for any admission in the first trimester of pregnancy by insisting on the individualization of the uterine wall during its realization.

Keywords: Ultrasonography - Abdominal pregnancy - Ectopic pregnancy.

INTRODUCTION

La grossesse abdominale, définie par l'implantation de l'œuf dans la cavité abdominale est une pathologie rare. Elle constitue 1% des grossesses extra-utérines (GEU) [1]. Sa prévalence serait de 1 sur 10 000 à 15000 naissances en Europe et de 1 sur 2000 dans les pays en développement [2]. Les signes cliniques étant polymorphes et non spécifiques, son diagnostic est basé sur l'échographie. Notre objectif est de mettre en valeur l'importance de l'individualisation de la paroi utérine lors de cet examen au premier trimestre de la grossesse afin de poser un diagnostic précoce.

OBSERVATION

Il s'agit d'une patiente de 37 ans, cinquième geste, quatrième pare, avec un antécédent d'infection génitale à répétition traitée par intermittence par des antibiotiques. Elle était admise à l'Hôpital Militaire (HOMI) d'Antsiranana pour des vomissements gravifiques incoercibles à 14 semaines d'aménorrhée (SA). L'interrogatoire avait retrouvé une notion de consultation pour une douleur abdominale syncopale vers 9 SA, mais la patiente a refusé l'hospitalisation. L'échographie réalisée en urgence à ce moment-là avait objectivé une grossesse évolutive étiquetée intra-utérine. A l'admission, les paramètres vitaux étaient normaux, mais la patiente présentait une pâleur cutanéomuqueuse modérée. L'examen de l'abdomen retrouvait une masse sus-pubienne douloureuse de 14 cm assimilée à la hauteur utérine. L'échographie, réalisée par voie abdominale, avait retrouvé une grossesse extra-utérine évolutive correspondant au terme associée à un épanchement pelvien modéré. La localisation abdo-

minale était affirmée par l'identification de la paroi utérine antérieure à coté du sac gestationnel (cf. Figure 1). La patiente a été référée au CHU Tanambao I pour une prise en charge chirurgicale. La laparotomie en urgence avait confirmé le diagnostic en mettant en évidence le sac gestationnel dans la cavité péritonéale. Après extirpation du sac, il a été réalisé une salpingectomie gauche à cause de l'insertion du placenta au niveau de la trompe et du mésosalpinx homolatéral.

DISCUSSION

La grossesse abdominale est une urgence diagnostique car elle peut engager le pronostic vital en cas de rupture. La mortalité maternelle liée à cette pathologie serait de 5,2% [3]. Dans la majorité des cas rapportés dans la littérature, les facteurs de risque d'une grossesse ectopique sont retrouvés : stérilité, dispositif intra-utérin (DIU), interruption volontaire de grossesse (IVG), infection ou chirurgie pelvienne [2, 4]. Notre patiente avait des antécédents d'infection pelvienne à répétition dont la prise en charge était souvent inadap-

Au premier trimestre, le diagnostic est difficilement orienté par la clinique car elle est souvent frustrée et

De l'Hôpital Militaire d'Antsiranana, et de l'Université d'Antsiranana, Madagascar.

*Auteur correspondant :

Dr. RABARIKOTO Hary Fanambinantsoa

Adresse : Service de Gynécologie et Obstétrique
Hôpital Militaire d'Antsiranana, BP 343
201 Antsiranana Madagascar

Téléphone : +261 32 42 494 84

E-mail : hrabarikoto@yahoo.com

non spécifique : douleur abdominale, vomissement incoercible, métrorragie, constipation [5, 6]. La triade habituellement retrouvée dans les signes cliniques de la GEU constituée par l'aménorrhée, la douleur abdominale et la métrorragie est rarement rapportée dans la littérature en cas de localisation abdominale. Le diagnostic repose alors sur l'échographie [4, 6]. Durant sa réalisation, il faut toujours penser à la possibilité d'une GEU. L'individualisation de l'utérus, en mettant bien en évidence la totalité de ses parois, ainsi que les ovaires, permet de ne pas passer à côté de ce diagnostic lorsqu'on voit un sac gestationnel semblant être intra-utérin. Par voie abdominale, un placenta antérieur comme chez notre patiente peut être source d'erreur diagnostique. En effet, il peut être confondu avec l'épaisseur de la paroi utérine séparant la vessie maternelle et le fœtus. La voie endovaginale est plus performante pour poser le diagnostic d'une grossesse abdominale asymptomatique en particulier à un terme précoce [6, 7].



Figure 1 : Image échographique de la grossesse abdominale localisée au-dessus de l'utérus (voie abdominale) (A: placenta ; B: liquide amniotique ; C: fœtus ; D: utérus ; E: épanchement dans le Douglas).

A un terme plus avancé, la clinique est plus parlante : des parties fœtales et des mouvements fœtaux perçus directement sous la peau maternelle, une présentation souvent vicieuse et haute, un col long et tonique souvent fixé sous la symphyse pubienne, des troubles digestifs à type de subocclusion, des douleurs abdomino-pelviennes concomitantes aux mouvements fœtaux, une hauteur utérine non proportionnelle à l'âge de la grossesse [4, 8].

A l'échographie, en plus de l'absence de l'épaisseur pariétale entre la vessie maternelle et le fœtus, la constatation de parties fœtales proches de la paroi abdominale maternelle, la discordance de la localisation placentaire à des examens échographiques différents, un placenta en situation extra-utérine, une présentation anormale du fœtus, l'absence de liquide amniotique entre le placenta et le fœtus doivent faire penser à une grossesse abdominale [6, 9]. A terme, une radiogra-

phie de l'abdomen sans préparation peut aider au diagnostic en cas d'impossibilité d'un examen échographique en précisant la position des pôles fœtaux par rapport aux organes intra-abdominaux [4]. L'IRM trouve son intérêt dans la détermination de la zone d'insertion placentaire [6].

Concernant la prise en charge, l'association grossesse abdominale et épanchement intra-péritonéal nous a conduit à réaliser une laparotomie en urgence chez notre patiente. La poursuite de la grossesse est à discuter en fonction du terme et de la viabilité fœtale au moment de la découverte de la grossesse abdominale. Dans tous les cas, cette prise en charge doit être multidisciplinaire. Toutefois, laisser évoluer une grossesse abdominale découverte avant 20 SA doit être exceptionnelle [2, 6]. En effet, l'extraction fœtale à un terme avancé expose la patiente à des risques de morbidité importante liés à l'infection et à un haut risque hémorragique [5, 6, 8].

CONCLUSION

Le diagnostic d'une grossesse abdominale est souvent difficile. L'identification de la paroi utérine lors de la réalisation de l'échographie du premier trimestre de la grossesse est un atout permettant d'éviter tout retard diagnostique et donc de prise en charge.

REFERENCES

1. Baffoe P, Fofie C, Gandau BN. Term abdominal pregnancy with healthy newborn: a case report. *Ghana Med J* 2011;45(2):81-3.
2. Beddock R, Naepels P, Gondry C, et al. Diagnostic et concepts actuels de prise en charge de la grossesse abdominale avancée. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 2004;32(1):55-61. DOI: 10.1016/j.gyobfe.2003.05.002.
3. Atrash HK, Friede A, Hogue CJ. Abdominal pregnancy in the United States: frequency and maternal mortality. *Obstet Gynecol* 1987;69(3 Pt 1): 333-7.
4. Randrianantoanina F, Rakotosalama D, Rainibarjaona L, et al. La grossesse abdominale : à propos d'un cas observé à Madagascar. *Med Trop* 2006;66(5):485-7.
5. Mahi M, Boumdin H, Chaouir S, et al. Un nouveau cas de grossesse abdominale. *J Radiol* 2002;83(7-8):989-92. DOI: JR-07-08-2002-83-7-8-0221-0363-101019-ART20.
6. Faller E, Kauffmann E, Chevrrière S, et al. Grossesse abdominale menée à terme. *J Gynécol Obstét Biol Reprod* 2006;35(7):732-5. DOI: JGYN-11-2006-35-7-0368-2315-101019-200602668.
7. Young L, Barnard C, Lewis E, et al. The diagnostic performance of ultrasound in the detection of ectopic pregnancy. *N Z Med J* 2017;130(1452):17-22.
8. Guèye M, Cissé ML, Guèye SMK, Guèye M, Diaw H, Moreau JC. 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. *Clinics in Mother and Child* 2012;9:1-3. DOI: 10.4303/cmch/C120302.
9. Riethmuller D, Courtois L, Maillet R, Schaal JP. Ectopic pregnancy management: cervical and abdominal pregnancies. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2003;32(7 Suppl): S101-8.