

**LA GROSSESSE ABDOMINALE : PROBLEMES DIAGNOSTIQUES ET THERAPEUTIQUES.** NOTRE EXPERIENCE A PARTIR DE 4 OBSERVATIONS AU CHU DE TREICHVILLE.

**The abdominal pregnancy: diagnostic and therapeutic Problems.**

Our experience about 4 observations at the department of gynaecology and obstetrics in Treichville's teaching hospital (Abidjan-Ivory Coast).

P Guié<sup>1</sup>, P Iovenitti<sup>2</sup>, JA Teganan<sup>1</sup>, E N'guessan<sup>1</sup>, I Yao<sup>1</sup>, E Bohoussou<sup>1</sup>, JJ Dia<sup>1</sup>, S Anongba<sup>1</sup>, CK Touré<sup>1</sup>

**RESUME**

La grossesse abdominale est relativement fréquente dans les pays à niveau socio-économique bas.

Les auteurs rapportent leur expérience à partir de 4 observations de grossesses abdominales dont une à terme avec un nouveau-né vivant et 3 grossesses arrêtées au deuxième trimestre.

Les difficultés rencontrées sont premièrement d'ordre diagnostique devant l'absence d'échographie au premier trimestre de la grossesse, et secondairement thérapeutique devant les difficultés d'extraction du placenta, ayant entraîné dans un cas des lésions intestinales.

Le respect de certaines règles, permettrait d'éviter les pièges du diagnostic échographique et de l'extraction du placenta en cas de grossesse abdominale.

**Mots clés :** grossesse abdominale, diagnostic échographique, traitement chirurgical.

**SUMMARY**

Abdominal pregnancy is relatively frequent in countries with low socioeconomic level.

The authors report 4 observations of abdominal pregnancies of which a forward with an alive newborn child and 3 pregnancies stopped in the second quarter. The met difficulties are in the first place of order diagnosis in front of the absence of obstetrical ultrasonography in the first quarter of the pregnancy, and secondarily therapeutic in front of the difficulties of extraction of the placenta, having leaded to intestinal hurts in a case.

The respect for certain rules would allow to avoid traps of ultrasonographic diagnosis and extraction of the placenta in abdominal pregnancy.

**Key words:** Abdominal pregnancy, Ultrasonographic diagnosis, surgical treatment.

**INTRODUCTION**

La grossesse abdominale se définit comme le développement de l'œuf au-delà du cinquième mois dans la cavité péritonéale [1].

Elle est fréquente dans les pays à niveau socio-économique bas et peu médicalisés où son diagnostic est souvent tardif posant alors des problèmes de prise en charge thérapeutique et pronostic.

De notre expérience à partir de quatre observations, nous mettons en évidence les pièges de cette localisation extra-utérine de la grossesse.

**NOS OBSERVATIONS**

**Observation 1 :**

B.M.G., 20 ans, primigeste nullipare sans profession, adressée pour grossesse abdominale à 39 semaines avec fœtus vivant en présentation transversale à partir d'une échographie.

L'interrogatoire a révélé 4 consultations prénatales (CPN), la première ayant été effectuée à 5 mois de grossesse.

L'examen obstétrical à l'admission a mis en évidence un fœtus vivant en présentation irrégulière.

Le diagnostic de grossesse abdominale a été retenu après confirmation par une deuxième échographie.

Après un bilan pré-opératoire, la patiente a bénéficié d'une laparotomie médiane sous ombilicale prolongée en para-ombilicale.

L'extraction du fœtus a été réalisée après une incision du placenta. Le nouveau-né vivant (apgar 3-5 puis 5 en 10 minutes) de taille 51 centimètres, pesant 3350g, présentait des anomalies externes à type de pied bots et un coup large.

Le placenta adhérait en partie sur l'épiploon et l'annexe gauche; sa libération a nécessité une omentectomie partielle et une annexectomie gauche. L'utérus avait une taille de 12 semaines de grossesse sans anomalies visibles. Une toilette abdominale et un drainage des gouttières pariéto-colique a précédé la fermeture pariétale.

La patiente a bénéficiée d'une transfusion de 1500 cc en per et post-opératoire.

Le nouveau-né est décédé à J1 dans le service de néonatalogie dans un tableau de souffrance néonatale (Aucune autopsie n'a été pratiquée).

La mère est sortie à J7 post-opératoire avec des suites simples.

**Observation 2 :**

L.B., 23 ans 2<sup>ème</sup>geste primipare, sans profession, adressée pour algies pelviennes sur une grossesse arrêtée de 26 semaines à partir d'une échographie effectuée au 6<sup>ème</sup> mois.

La patiente n'avait bénéficié d'aucune consultation prénatale. L'interrogatoire indique une notion de plusieurs tentatives de maturation cervicale au MISOPROSTOL avant sont évacuation au CHU de Treichville.

L'examen à l'admission ayant mis en évidence un tableau d'irritation péritonéal fit penser à

une rupture utérine. Une deuxième échographie obstétricale effectuée dans le service a mis en évidence une grossesse abdominale.

Après un bilan pré-opératoire normal, la patiente a bénéficié d'une laparotomie qui a permis l'extraction d'un fœtus mort-macéré de sexe masculin, pesant 800g. L'utérus avait une taille de 10 semaines. Le placenta adhérait à l'épiploon et au coecum. Il a été pratiqué une omentectomie partielle et une résection partielle du segment placentaire adhérent au coecum. L'hémostase fut laborieuse. La fermeture pariétale a été effectuée après lavage, puis drainage de la cavité abdominale. Après une échographie abdominale ne révélant pas d'anomalies, la patiente sortie à J6 post-opératoire, a été perdue de vue.

### Observation 3

B. F. 23 ans ménagère G4 P3, adressée pour menace d'accouchement prématurée sur une grossesse de 7 mois avec anémie sévère.

Elle a effectué une seule CPN à 5 mois de grossesse, sans aucun bilan prénatal.

L'examen à l'admission a conclu à un tableau d'anémie sévère (hémoglobine à 5g/dl et hématocrite à 15%) sur grossesse de 7 mois avec suspicion de mort fœtale. Une échographie effectuée dans le service a conclu à une mort fœtale intra utérine sur grossesse de 31 semaines. Après plusieurs transfusions de culot globulaire et de plasma frais congelé (PFC), une maturation cervicale au MISOPROSTOL (100 à 400mg) en intra vaginal a été tentée, mais c'est soldé par 3 échecs. Devant le tableau d'irritation péritonéale, une rupture utérine ou une grossesse abdominale a été évoquée.

La laparotomie a confirmé la grossesse abdominale avec un fœtus mort macéré de 1500 g, et un placenta inséré sur la corne utérine gauche et le colon sigmoïde. Il a été pratiqué une exérèse totale du placenta.

Les suites furent simples et la patiente est sortie à J5 post-opératoire.

### Observation 4 :

Y. B. M. 28 ans adressée d'un centre de santé périphérique pour suspicion de grossesse arrêtée dans un contexte de douleurs abdomino-pelviennes sur aménorrhée de 9 mois.

L'histoire de la grossesse révèle 2 CPN à 6 mois et à 8 mois, sans échographie.

L'examen à l'admission avait suspecté une mort fœtale. L'échographie demandée a conclu à une grossesse abdominale arrêtée.

Un bilan pré-opératoire a mis en évidence une anémie à 8,2g/dl et une hyperleucocytose à  $17.10^3/mm^3$ . Après une brève réanimation (transfusion sanguine, apport hydro-électrolytique et antibiothérapie), une laparotomie sous anesthésie générale a été

effectuée et a confirmé la grossesse abdominale avec un fœtus momifié pesant 2500g, dans une poche amniotique épaisse adhérente aux anses intestinales. L'exploration de la cavité abdomino-pelvienne a mis en évidence 100ml de pus franc dans le DOUGLAS. Il a été pratiqué une extraction fœtale après ouverture des membranes.

L'extraction laborieuse du placenta inséré en partie sur l'épiploon et sur le grêle a occasionné une lésion intestinale ayant nécessité une résection intestinale sur 5 cm de long suivi d'une anastomose termino-terminale. L'utérus et les annexes étaient sans particularités. Les suites opératoires ont été simples et la sortie a été autorisée au 10<sup>ème</sup> jour.

### DISCUSSION

**La fréquence** : la grossesse abdominale a une fréquence variable en fonction des pays. Relativement plus fréquente dans les pays à niveau socio-économique bas: 1,1 pour 1000 à 1/1134 accouchements [1,2], alors qu'elle est exceptionnelle dans les pays hautement médicalisés, variant de 1/7000 à 1/15000 accouchements [1-4].sur 3 ans nous avons reçu 4 cas pour 8747 accouchements.

**Le diagnostic**: le diagnostic de la grossesse abdominale peut présenter certains pièges qu'il faut savoir éviter.

Au premier trimestre le diagnostic est apporté par l'échographie pelvienne qui met en évidence un utérus vide avec parfois la localisation extra utérine de l'embryon. Dans le doute la cœlioscopie permet le diagnostic et parfois le traitement.

Dans nos 4 observations aucune patiente n'a bénéficié ni d'une consultation ni d'une échographie au premier trimestre de la grossesse.

Au deuxième et troisième trimestre le diagnostic est plus difficile [1, 2, 5]. L'échographie obstétricale, lorsqu'elle n'est pas pratiquée en respectant certaines règles et surtout lorsque l'attention de l'échographiste n'a pas été attirée par une indication de grossesse abdominale par l'obstétricien, le diagnostic peut passer inaperçu dans 50% des cas [5]. Cette erreur de diagnostic nous a fait tenter dans deux cas une évacuation utérine après maturation du col utérin.

Le diagnostic a été évoqué devant les échecs répétés de la maturation du col et au vue du tableau d'irritation péritonéale. Cette conduite a été retrouvée dans l'observation de Ba [2] devant l'absence de diagnostic échographique.

L'examen obstétrical bien conduit au 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> trimestre devant certains signes d'appels digestifs (vomissements, douleurs abdominales) devrait faire penser à une grossesse abdominale surtout dans les pays à

bas niveau socio-économique et indiquer une échographie obstétricale qui doit être réalisée dans de bonnes conditions (bonne réplétion vésicale). Cette échographie obstétricale recherchera deux éléments essentiels : l'épaisseur du myomètre en dessous duquel se trouve l'insertion placentaire, le liquide amniotique et le fœtus, puis la colonne liquidienne entre la présentation et l'orifice interne du col. En cas de doute l'échographie par voie vaginale peut mettre en évidence un utérus vide.

**Le traitement:** Une fois le diagnostic établi, le traitement chirurgical s'impose quelque soit l'âge de la grossesse et de la viabilité fœtale. Cette attitude est préconisée par plusieurs auteurs [1, 5, 6] devant les risques plus grands de complications lorsque que l'âge de grossesse est avancé. Cette conduite a été adoptée dans notre service. D'autres auteurs [3, 5] conseillent en cas de fœtus vivant au 2<sup>ème</sup> trimestre et en l'absence de malformations létales de poursuivre la grossesse jusqu'à la viabilité fœtale avant la laparotomie.

La voie d'abord, elle reste la médiane sous ombilicale, qui peut être prolongée en para ombilicale permettant un meilleur abord du fœtus et du placenta.

L'extraction du fœtus peut être difficile, elle se fait parfois à travers le placenta qui est incisé en premier, rendant ainsi l'intervention très hémorragique.

L'extraction du placenta (véritable hantise du chirurgien), peut être totale comme ce fut le cas dans deux de nos observations, ceci est possible lorsque le placenta est inséré sur des organes comme l'épiploon ou les annexes. L'ablation du placenta peut être partielle ou totalement laissé en place, lorsqu'il adhère intimement à des organes comme le foie ou les anses intestinales. Cette attitude est pratiquée par la plupart des auteurs [1, 2, 4, 5, 6], pendant que d'autres préconisent le traitement par du METHOTREXATE, qui n'aurait pas grand effet sur la lyse du placenta. Dans notre observation où nous avons laissé en place une partie du placenta, nous n'avons pas utilisé du Méthotrexate. (La patiente étant perdue de vue après sa sortie, nous ne pouvions apprécier les complications).

L'acharnement à l'ablation du placenta par des équipes peu expérimentées peu entraîner des lésions intestinales comme dans notre 4<sup>ème</sup> observation, augmentant ainsi la morbidité maternelle. [4, 5]

**Le pronostic fœtal et maternel :** dans certains cas de grossesse abdominale, l'évolution peut se faire vers le terme permettant l'extraction d'un nouveau-né vivant [1, 3, 5], comme dans notre première observation qui a permis la naissance d'un enfant vivant décédé à J2. Dans la majorité des

cas le pronostic fœtal est mauvais, car la grossesse arrive rarement à terme devant la mauvaise perfusion utéro-placentaire, l'oligoamnios, la prématurité et les poly malformations. Le pronostic maternel est réservé pour 3 raisons:

-Le risque hémorragique pendant la laparotomie,

-Le risque de lésions des organes digestifs,

-Le risque infectieux lorsque le placenta est laissé en place.

### Conclusion

La grossesse abdominale est une situation relativement fréquente dans les pays en développement. Son diagnostic et son traitement pose certains pièges qu'il faut savoir éviter.

La lutte contre les IST (infections Sexuellement Transmissibles) reste le meilleur traitement préventif.

### REFERENCES

- [1] Rabarijoana H.Z., Rakotovo J. P., Rakotorahlahy M. J. M., Randriamiarana J. M. La grossesse abdominale. *Med Afr Noire*, 2000; 47 (11): 460-463
- [2] Ba M. G., Kouedou D., Sangare M., Cisse M.L., Diouf F., Hojeige A., Diadiou F. La grossesse abdominale à la clinique gynécologique et obstétricale du CHU A le DANTEC : considérations cliniques et prise en charge. *Benin Médical*, 2001; 17: 30-33.
- [3] Ayinde A.O., Aimakhu C.O., Adeyanju O.A., Omigbodun A.O.: "Abdominal pregnancy at the University college Hospital, Ibadan: a ten-year review". *Afr J Reprod Health* 2005; 9 (1): 123-127
- [4] Zaki Z.M.S.: "An unusual presentation of ectopic pregnancy". *Ultrasound Obstet Gynecol* 1998; 11 (6): 456-458.
- [5] Ramachandran K., Kirk P. Massive hemorrhage in a previously Undiagnosed abdominal pregnancy presenting for elective cesarean delivery. *Can J Anesth* 2004; 51 (1): 57-61
- [6] Mathe J. K. Grossesse abdominale avancée: évolution Clinique et conduite à tenir à propos d'un cas et revue de la littérature. *Med Afr Noire* 2007; 5407: 369-373.
- [7] Mitra A.G., Lequire M.H. Minimal Invasive Management of 14.5 week abdominal pregnancy without Laparotomy: A novel Approach using percutaneous Sonographically Guided feticide and Systemic Methotrexate". *J Ultrasound Med* 2003; 22 (7): 709-714.