

UNE GROSSESSE HÉTÉROTOPIQUE DE 36 SEMAINES DE DÉCOUVERTE FORTUITE AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE RÉGIONAL DE OUAHIGOUYA (BURKINA FASO).

A 36 weeks heterotopic pregnancy discovered incidentally at the Regional University Hospital of Ouahigouya

Moussa Sanogo¹, Issa Ouédraogo¹, Sansan Rodrigue Sib¹, Hyacinthe Zamane², Sibraogo Kiemtore², Adama Ouattara², Yobi Alexis Sawadogo², Dantola Paul Kain², Yacinthe Sidbéwenné Kabore³, Timongo Francoise Danielle Traoré Millogo², Blandine Thiéba Bonane².

1. Gynécologue-obstétricien au Centre Hospitalier Universitaire Régional (CHUR) de Ouahigouya ; 2. Gynécologie-obstétrique au Centre Hospitalier Universitaire de Ouagadougou ; 3. Gynécologue-obstétricien au Centre Hospitalier Régional de Tenkodogo

Auteur principal : Dr. Moussa SANOGO, Service de gynécologie-obstétrique CHUR de Ouahigouya (Burkina-Faso) ; adresse postale : s/c CHUR, BP 36 Ouahigouya, téléphone: 00226 74 49 41 08 Email: docsanogo@yahoo.fr

RESUME

La grossesse hétérotopique est une entité rare, son développement jusqu'à terme est exceptionnel. Nous rapportons un cas de découverte fortuite chez une patiente de 26 ans, reçue pour douleurs abdomino-pelviennes sur grossesse présumée gémellaire de 33 SA. Aucune échographie obstétricale n'avait été réalisée avant son admission. Deux échographies tardives ont objectivé une grossesse gémellaire intra utérine avec hydramnios. Une césarienne à 36 semaines indiquée pour grossesse gémellaire avec hydramnios et anémie sévère a été réalisée au cours de laquelle nous avons découvert une grossesse intra-utérine et une grossesse abdominale avec insertion du placenta au niveau du ligament large gauche avec adhérence sur l'annexe gauche, l'épiploon et les anses grêles. Les nouveau-nés étaient bien portant. J1 intra utérin avait un poids de 2650 g et J2 abdominal de 2000g. Les suites ont été simples. **Mots clés** : grossesse hétérotopique, diagnostic, pronostic.

ABSTRACT

Heterotopic pregnancy is a rare entity, its development up to term is exceptional. We report a case of heterotopic pregnancy of fortuitous discovery during a caesarean section performed in a 26-year-old female patient received for abdomino-pelvic pain on suspected twin pregnancy of 33 SA. No obstetric ultrasound had been performed before admission. Two ultrasound ultrasounds have objectified an intrauterine twin pregnancy with hydramnios. A caesarean section at 36 weeks indicated for twin pregnancy with hydramnios and severe anemia was performed during which we discovered an intrauterine pregnancy and an abdominal pregnancy with insertion of the placenta at the level of the broad left ligament with adhesion on the left annex, Omentum and small handles. Newborns did not require any special care outside the classical essential care. The first intrauterine had a weight of 2650 g and the second abdominal of 2000 g. The postoperative sequences were simple. Key words: heterotopic pregnancy, diagnosis, prognosis.

INTRODUCTION

La grossesse hétérotopique c'est le développement spontané d'une grossesse intra-utérine et d'une grossesse abdominale. Dans la littérature la fréquence de survenue spontanée varie de 1/30000 à 2/10000 [1]. L'évolution jusqu'au terme est exceptionnelle avec une mortalité périnatale élevée, des complications maternelles souvent très graves [2, 3]. Dans notre contexte la grossesse hétérotopique est souvent découverte tardivement avec un pronostic réservé. Le but de cet article est de rapporter un cas de grossesse hétérotopique de 36 semaines d'aménorrhée diagnostiquée de façon fortuite au Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya et de faire ressortir la difficulté de diagnostic et de prise en charge.

OBSERVATION CLINIQUE

Patiente de 26 ans, évacuée reçue pour douleurs pelviennes sur grossesse présumée gémellaire d'environ 33 semaines. Sans antécédent médico-chirurgicaux particuliers ; G2P1 un enfant vivant. Elle a bénéficié de

3CPN sans échographie. Aucune pathologie associée à la grossesse

L'examen à l'entrée, a retrouvé des douleurs pelviennes irrégulières d'intensité modérée (3 sur une échelle de 0 à 5) et de durée brève évoluant depuis 03 jours sans notion de métrorragies. L'examen obstétrical a retrouvé une hauteur utérine à 46 cm, la palpation de quatre pôles fœtaux, deux foyers d'auscultation des bruits du cœur fœtal. Le col était centré, court, ouvert à l'orifice externe. Deux échographies à deux semaines d'intervalle objectivent une grossesse gémellaire intra utérine évolutive. La biologie a retrouvé une anémie sévère hypochrome normocytaire avec un taux d'hémoglobine à 5,2 g/dl. Une césarienne prophylactique fut indiquée pour grossesse gémellaire avec anémie sévère trois semaines plus tard. Après extraction céphalique de J1 (féminin, Apgar à 9-10, poids 2650g) ; mise en évidence au niveau de ligament large gauche, d'un placenta adhérent entièrement à l'annexe gauche, partiellement à l'épiploon et aux anses grêles

(Image1) ; extraction par le pole podalique de J2 (féminin, Apgar à 9-10, poids 2000g (Iconographie 2).

Après extraction de J2, adhésiolyse spontanée placentario-iléopiloïque avec persistance des adhérences entre le placenta et l'annexe ; nous avons donc réalisé une annexectomie totale gauche emportant le placenta (Image3). L'annexe controlatérale était d'aspect normal.

L'évolution était favorable, exécuté à J5. Les nouveau-nés n'ont nécessité d'aucune prise en charge particulière en dehors des soins essentiels classiques.

DISCUSSION

La grossesse hétérotopique survient le plus souvent dans les grossesses induites [3]. Dans notre cas, la grossesse est survenue de façon spontanée. L'échographie précoce est essentielle pour le diagnostic [1]. Elle doit être réalisée à un stade précoce de la grossesse pour éviter les erreurs diagnostiques. Dans notre cas, deux échographies ont été réalisées sans que le diagnostic soit posé. Cela pourrait s'expliquer par le fait que ces échographies ont été réalisées tardivement au troisième trimestre de la grossesse, source fréquente d'erreur diagnostique. La prise en charge est chirurgicale [4], et la morbidité maternelle est grevée par les complications opératoires, les malformations fœtales peuvent atteindre 20 à 40% des grossesses abdominales [5] et le taux de mortalité périnatale est de 75 à 95% [6]. A un stade précoce, après suppression de la grossesse extra-utérine, la grossesse intra-utérine évolue souvent vers le terme. Dans notre cas, la découverte de la grossesse hétérotopique était fortuite en per opératoire. L'exérèse du placenta est souvent réalisable après ligature des vaisseaux qui irriguent le placenta, mais il est parfois nécessaire de le laisser in situ avec recours au Méthotrexate pour diminuer l'incidence des complications. Dans notre cas une adhésiolyse spontanée entre le placenta, l'iléon et l'épiploon a été réalisée nous permettant de faire l'annexectomie emportant la totalité du placenta. L'anémie a été la seule complication maternelle. La prise en charge des nouveau-nés s'est limitée à la prise en charge standard des nouveau-nés bien portants.

CONCLUSION

La grossesse hétérotopique est une entité rare. Son évolution vers le terme est exceptionnelle et ne se voit plus que dans certaines situations où l'échographie précoce est insuffisamment utilisée. Sa prise en charge est chirurgicale et nécessite également des moyens de réanimation. Son évolution peut être émaillée de complications maternelles et fœtales.



Iconographie 1 : Utérus avec incision de l'hystérotomie (1), masse annexielle gauche représentant le placenta adhérent au ligament large et à l'annexe gauche (2)



Iconographie 2 : Placenta avec le cordon ombilical au niveau du ligament large et de l'annexe gauche (2)



Iconographie 3 : les nouveau-nés après la césarienne.



Iconographie 4 : Aspect de l'utérus après annexectomie gauche

REFERENCES

- 1- Ousehal A, Mamouchi H, Ghazli M, Kadiri R. Grossesse hétérotopique : intérêt de l'échographie sus pubienne (à propos d'un cas). J. Radiol. 2001 ; 82(7) : 851-53.
- 2- SFAR E, KAABAR H, MARRARKECH O. La grossesse abdominale, entité anatomo-clinique rare. A propos de 4 cas (1981-1990). Rev Fr GynécolObstét 1993 ; 88 :261-65.
- 3- Greingor JL, Lazarus S, Hayek G, Aussedat M, Polo M. La grossesse extra-utérine : on n'y pense jamais assez. J. EUR. 2006 ; 19(2) : 69-70.
- 4- Traore Y, Teguete I, Thera AT, Mulbah JK, Kane F, Mounkoro N, Diarra I, Diabate FS, Traore M, Dolo A. Association grossesse extra utérine et intra utérine : à propos de 3 cas. Mali. Méd. 2006 ; t xxi n°4 : 35-38.
- 5- Tromans PM, Coulson R, Lobb MO, Abdulla U. Abdominal pregnancy associated with extremely elevated erum alpha protein. Case report. Br. J. Obstet. Gynaecol. 1984 ; 91(3) : 296-98.
- 6- Renaud R, Voury-Heyler C, Leissner P, Chesnet Y, Sangaret M, Serres JJ, Bondurand A. Les grossesses abdominales après le 6e mois. Revue de la littérature. A propos de 8 cas. Gynecol. Obstet., 1969, 68, 297-318.