

GROSSESSE TRIPLE SPONTANEE SUR UTERUS BICATRICIEL AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE II DE BAMAKO, MALI.

Spontaneous triple pregnancy on bicatricial uterus in the referral health center of commune II of Bamako, Mali.

Dao SZ¹, Traoré BA¹, Sidibé K¹, Konaté S¹, Ouattara K¹, Keita C¹, Bah K¹, Coulibaly A², Sima M², Traoré MS², Kanté I³, Diarra I⁴, Traoré Y³, Sy AS¹, Dolo AI³.

¹Centre de santé de référence de la commune II, Bamako, Mali ; ²Centre hospitalo-universitaire du Point G, Bamako, Mali ; ³Centre hospitalo-universitaire Gabriel Touré, Bamako, Mali ; ⁴Centre de santé de référence de Mopti, Mali.

Correspondance : Dr Seydou Z DAO, gynécologue obstétricien, chargé de recherche au centre de santé de référence de la commune II de Bamako, Tél: (00223) 76488929 / 63545560 E-mail : seydouzd@yahoo.fr

RESUME

La survenue d'une grossesse trimélaire sur un utérus bicatriciel est une situation rare. Elle peut être associée à de nombreuses complications materno-fœtales. Compte tenu de ces risques, certaines équipes optent pour une réduction embryonnaire. Nous rapportons un cas de grossesse trimélaire spontanée sur utérus bicatriciel. Il s'agissait d'une patiente de 38 ans 3^e geste, 2^e pare avec 2 enfants vivants, ayant un antécédent de 2 césariennes. L'évolution de la grossesse a été marquée par une infection urinaire à 34 SA. La césarienne pratiquée à 36 SA a permis la naissance de 3 nouveau-nés dont 2 de sexes féminins de 2000 et 1900g et un de sexe masculin pesant 2400g. Les suites de couches ont été marquées par une crise d'éclampsie rapidement résolue. **Mots clés :** grossesse, triple, utérus bicatriciel, complications

ABSTRACT

The trimellar pregnancy on bicatricial uterus is a rare situation. It can be associated with many maternal-fetal complications. Given these risks, some teams opt for an embryonic reduction. We report a case of spontaneous trimellar pregnancy on bicatricial uterus. This was a 38 year-old patient, third pregnancy, second birth, 2 alive with a history of 2 caesareans. The evolution of the pregnancy was marked by a urinary tract infection at 34 weeks of gestation. The caesarean section performed at 36 weeks of gestation allowed the birth of 3 newborns, 2 of which were females in 2000 and 1900 grams, and one male weighing 2400 grams. The postpartum was marked by a rapidly resolved eclampsia crisis. **Key words:** bicatricial, complications, pregnancy, triple, uterus.

INTRODUCTION

La grossesse triple est définie comme le développement simultané dans l'utérus de 3 fœtus [1]. Il s'agit d'une grossesse à risque élevé car pourvoyeuse de nombreuses complications materno-fœtales. Le risque de complications est encore beaucoup plus élevé si elle survient sur un utérus multicatriciel. Quelque soit son mode de survenue (spontanée ou induite), sa prise en charge demeure une préoccupation pour l'obstétricien. Le but de notre travail était de rapporter la prise en charge d'un cas de grossesse triple sur utérus bicatriciel.

Présentation du cas : Il s'agit d'une patiente de 38 ans, sans antécédent médical connu mais ayant un antécédent de 2 césariennes dont les suites opératoires auraient été simples. Sur le plan obstétrical, elle est 3^e geste, 2^e pare, 2 garçons vivants et 1 décédé. Sa dernière grossesse était des jumeaux dont le 2^e est revenu mort-né. Elle a un antécédent de gémellité dans sa propre famille et dans la famille de son mari, mais pas de grossesse triple. Elle a consulté dans notre centre le 29 mai 2017 pour retard des règles de 2 mois sur utérus bi-catriciel. L'échographie obstétricale réalisée le même jour a mit en évidence une

grossesse tri-embryonnaire tri-choriale tri-amniotique intra-utérine évolutive de 8SA+6 jours. Il s'agissait d'une grossesse triple de survenue spontanée (sans aucune notion de stimulation ovarienne). La grossesse a été suivie dans l'unité de gynécologie-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II de Bamako. Compte tenu des risques d'avortement et d'accouchement prématuré élevés dans ce type de grossesse, un cerclage a été effectué à 14 SA. Le bilan prénatal réalisé est revenu normal. La grossesse s'est déroulée normalement en dehors d'une infection urinaire découverte à 34 SA. Au cours de la grossesse le repos à domicile a été conseillé avec comme consigne de consulter immédiatement devant la moindre anomalie. Elle a été hospitalisée le 4 décembre 2017 en vue de la césarienne. L'examen d'admission à 16H15mn est revenu normal avec une TA à 120/80mmHg. Le 5/12/2017, l'examen d'entrée au bloc opératoire à 7H15mn a retrouvé une HTA modérée à 150/100mmHg avec une protéinurie à 2 croix. La césarienne a été réalisée par un gynécologue obstétricien à 36 SA sous rachianesthésie en présence du médecin anesthésiste réanimateur et de la pédiatre. Elle a permis la naissance de T1 en

....

présentation du siège complet à 7H35mn de sexe féminin, poids 2000g, taille 48cm, de T2 en présentation céphalique à 7H37mn de sexe féminin poids 1900g, taille 50cm et de T3 en présentation céphalique à 7h38mn de sexe masculin poids 2400g, taille 50cm. Il s'agissait d'une grossesse trichoriale triamniotique. Après la délivrance, un DIU a été inséré et 5cp de misoprostol 200µg ont été mis en intrarectum pour la prévention de l'hémorragie du postpartum à cause du risque d'atonie utérine. Les suites opératoires immédiates ont été marquées par une crise d'éclampsie ayant nécessité la mise en route de protocole de nicardipine et de sulfate de magnésium et des autres mesures de réanimation. Ces mesures ont permis une reprise totale de la conscience 2 heures après. Le bilan d'HTA réalisé est revenu normal. La patiente a été exécutée à J4. Elle et ses enfants vont bien.

DISCUSSION

Les grossesses triples sont de plus en plus fréquentes. La procréation médicalement assistée, la multiparité, les âges extrêmes et le facteur héréditaire sont cités comme facteurs favorisant la survenue des grossesses multiples [2,3]. Le mécanisme expliquant les grossesses multiples spontanées est souvent le biziogodisme [1,2], exceptionnellement il s'agit d'un monozygodisme. Compte tenu des risques liés à ce type de grossesse, certains auteurs proposent une réduction embryonnaire si le diagnostic est fait précocement. De nos jours, l'accouchement des triplets est réalisé de plus en plus par césarienne [1,4]. Toute fois certains auteurs préconisent la voie basse si elle survient sur un utérus indemne de cicatrice [5]. Nous n'avons pas trouvé dans la littérature des cas de grossesse triple sur utérus bicatriciel. La majorité des données se rapportent aux cas survenus sur utérus indemne de cicatrice. La plupart des auteurs s'accordent à faire la césarienne systématiquement dans ce cas à 36 SA même s'il ya certains rares cas d'accouchement par voie basse [4,5]. La grossesse triple, lorsqu'elle survient sur un utérus bicatriciel fait courir à la patiente un risque élevé de rupture utérine avant même le début du travail d'accouchement. C'est ainsi que se pose la nécessité d'une surveillance très rapprochée multidisciplinaire. Cette surveillance vise à prévenir et à dépister à temps les complications afin d'adopter une prise en charge rapide et adéquate. Ce cas nous a posé 2 difficultés majeures en matière de prise en charge : fallait-il hospitaliser systématiquement la patiente et si oui à partir de quel terme ? A quel âge gestationnel fallait-il faire la césarienne ? Les données de la littérature ne nous ont pas permis de répondre à ces questions. Nous avons opté pour un repos à domicile vu que les conditions le permettaient

et une césarienne à 36 SA. Une prééclampsie sévère est survenue en fin de grossesse qui s'est compliquée d'éclampsie dans le postpartum immédiat qui a été rapidement prise charge.

CONCLUSION

La grossesse triple sur utérus bicatriciel est rare. Elle constitue un stress permanent pour l'obstétricien. Il est difficile d'établir un protocole unique pour la prise en charge des grossesses triples sur utérus bicatriciel. La conduite à tenir doit prendre en compte tous les facteurs pronostiques. C'est ainsi que chaque cas doit être considéré comme une entité à part entière et prise en charge comme telle.

REFERENCES

- 1-Vaast P, Lucot JP, Chauvet MP et al. Grossesses multiples. Étude anatomoclinique et prise en charge. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, Gynécologie/Obstétrique, 5-030-A-10, 2000, 20 p.
- 2-Adams DM, Chervenak FA. Gestion des grossesses multiples. Clin Obstet Gynecol 1990 ; 33 : 52-60
- 3-Pons JC, Charlemaine C, Dubreuil E. Management and outcome of triplet pregnancy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1998 ; 76 : 131-139
- 4-Schaal JP, Riethmuller D, Martin A, Lemouel A, Quéreux C, Maillet R. Conduite à tenir au cours du travail et de l'accouchement. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Obstétrique, 5-049-D-27, 1998, 35 p.
- 5-Gabkika BM, Ignanone T, Domga K, Samba SO. Gestion de la grossesse triple à l'hôpital de district de N'djamena sud : à propos d'un cas. Rwanda Medical Journal, Septembre 2015 ; Vol.72 (3) :20-22

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent qu'il n'ya aucun conflit d'intérêt.

Aspect éthique : Dans le souci de garantir la confidentialité, nous avons tenu à ne pas mentionner les initiales des nom et prénom de la patiente dans ce travail.