



Cas Clinique

Dystocie après Accouchement de la Tête Liée à un Volumineux Tératome Sacrococcygien en Situation de Ressources Limitées et d'Insécurité Liée aux Groupes Armés Terroristes

An Unexpected Dystocia after Head Delivery, Linked to a Large Sacrococcygeal Teratoma in a Situation of Limited Resources and Insecurity due to Terrorist Armed Groups in Burkina Faso

Sansan Rodrigue Sib¹, Moussa Sanogo³, Bernadette Bere¹, Issa Ouedraogo¹, Léonce Kafando³, Bassilou Nabaloum³, Charlemagne Ouedraogo², Ali Ouedraogo²

Affiliations

- Unité de formation et de recherche en sciences de la santé, Université de Ouahigouya
- Unité de formation et de recherche en sciences de la santé, Université Joseph Ki-Zerbo,
- Service de gynécologie obstétrique du Centre hospitalier universitaire régional de Ouahigouya.

Auteur correspondant

Sansan Rodrigue, Gynécologue obstétricien

Tel : 00 226 64667433

Email: sansansib46@gmail.com

Mots clés : Tératome sacrococcygien, dystocie, Ouahigouya

Key words: sacrococcygeal teratoma; dystocia, Ouahigouya

RÉSUMÉ

Le tératome sacro-coccygien est une tumeur rare qui se développe au cours de la vie intra-utérine et qui atteint surtout le sexe féminin. Nous rapportons le cas d'une patiente de 28 ans ayant réalisé 5 consultations prénatales sans échographie du fait d'un contexte marqué par l'accessibilité limitée à l'échographie, et une atmosphère sécuritaire précaire du fait de groupes armés terroristes. Elle a été évacuée au centre hospitalier universitaire régional d'Ouahigouya pour une rétention du siège après l'accouchement de la tête et des épaules. A son admission, l'échographie a noté une volumineuse masse liquidienne de la partie caudale du tronc. Une ponction transpariétale échoguidée a permis le dégagement du siège après l'évacuation de 800 cc. Le nouveau-né vivant était porteur d'un volumineux tératome sacrococcygien, et a été pris en charge dans un centre spécialisé avec des suites favorables pour lui et sa mère.

ABSTRACT

The sacrococcygeal teratoma is a rare tumor that develops during intrauterine life and mainly affects females. We report the case of a 28-year-old patient who had 5 prenatal consultations without ultrasound due to limited accessibility to ultrasound, and a precarious security situation due to terrorist armed groups. She was evacuated to the regional university hospital of Ouahigouya for retained breech after delivering the head and shoulders. On admission, the ultrasound noted a large liquid mass in the caudal part of the trunk. A transparietal ultrasound-guided puncture allowed the release of the breech after evacuating 800 cc. The newborn, who was alive, had a large sacrococcygeal teratoma and was managed in a specialized center with favorable outcomes for both the baby and the mother.

INTRODUCTION

Le tératome sacro-coccygien est une tumeur rare qui se développe au cours de la vie intra-utérine et qui atteint surtout le sexe féminin. Il contient des tissus différenciés issus d'une ou plusieurs des couches germinales primitives que sont l'endoderme, le mésoderme et l'ectoderme. Il se développe à partir des cellules germinales omnipotentes du nœud de Hensen près de l'allantoïde et de la vésicule vitelline. Ces cellules vont migrer à partir de la 4^{ème} semaine du développement embryonnaire vers la crête génitale où elles arrivent vers la 6^{ème} semaine pour se transformer en gonades (1,2). Une migration aberrante serait à l'origine du tératome sacrococcygien (1) qui est accessible au diagnostic anténatal, grâce à l'échographie. Nous rapportons une expérience dans la prise en charge d'une dystocie d'expulsion liée à

un volumineux tératome sacro-coccygien découvert au cours de cette phase expulsive, dans notre contexte marqué par l'accessibilité limitée à l'échographie, et le contexte sécuritaire précaire du fait de groupes armés terroristes.

OBSERVATION

Il s'agissait d'une patiente de 28 ans, étant à son 3^{ème} geste, parité 2 avec 2 enfants vivants, résidant dans une ville située à 45 kilomètres d'Ouahigouya au Burkina Faso. Elle a été évacuée du centre médical avec antenne chirurgicale (CMA) de sa ville de résidence, au service de gynécologie obstétrique du Centre hospitalier universitaire régional d'Ouahigouya, pour une dystocie de la phase expulsive, par rétention du siège après le dégagement de la tête et des épaules. La patiente a réalisé 5 consultations prénatales au cours desquelles une

échographie a été demandée devant la hauteur utérine jugée excessive. Elle n'aurait pas réalisé l'échographie qui n'était pas disponible dans sa ville de résidence, et parce qu'il était périlleux pour elle de se rendre à Ouahigouya pour cela du fait de l'insécurité. A terme, et devant les contractions utérines du travail d'accouchement, elle se serait rendue au CMA de sa ville. Le diagnostic de travail d'accouchement avec une dilatation complète du col et une suspicion d'hydramnios ou de gros fœtus ou de grossesse gémellaire a été posé. L'accouchement aurait commencé quelques instants plus tard vers 10 heures, avec le dégagement de la tête puis des épaules. Cependant le siège est resté retenu dans la filière génitale maternelle, malgré les manœuvres de dégagement. Une évacuation sanitaire vers le CHUR de Ouahigouya a alors été préconisée. A l'admission, à 15 heures 35 minutes, l'examen a noté un bon état général maternel, une hauteur utérine de 34 centimètres et un fœtus vivant respirant normalement avec une coloration cutanée normale, dont la partie caudale du tronc est retenu dans la filière génitale (**Figure 1**).



Figure 1. aspect de la patiente et du nouveau-né à l'admission: fœtus retenu par le siège dans la filière génitale maternelle

L



Figure 2. Vue antérieure du tératome sacrococcygien

Une suspicion de malformation fœtale a motivé une échographie en salle de naissance. Celle-ci a permis de noter une volumineuse masse dont la plus grande composante était liquidienne. Une ponction évacuatrice transpariétale échoguidée a permis, le dégagement de la portion caudale après l'évacuation de 860 cc, à 16 heures 45 minutes. L'expulsion aurait ainsi duré 6 heures 45 minutes. Le nouveau-né vivant présentait un volumineux tératome sacro coccygien à composante kystique, non rompue de type 1 de la classification d'Altman (**Figures 2 et 3**).



Figure 3. vue postérieure du tératome sacrococcygien

Il pesait 3550 g et a été évacuée dans un centre hospitalier pédiatrique où il a été pris en charge chirurgicalement avec succès. Les suites ont été favorables pour la mère.

DISCUSSION

Le tératome sacro-coccygien est rare, représentant environ 1 cas pour 40.000 naissances (3). Que celle-ci entraîne une dystocie de la phase expulsive, après l'accouchement de la tête et des épaules est de nos jours encore plus rare, lorsque la consultation prénatale est réalisée dans les conditions optimales, sans occulter le diagnostic anténatal des anomalies fœtales. Certains auteurs ont décrit des situations similaires (3,4). Dans notre cas, les contextes de ressources limitées et d'insécurité liée aux groupes armés ont contribué à la survenue de cette dystocie. En effet du fait des ressources limitées, il n'y avait pas d'échographe ni de personnel apte à réaliser l'échographie dans la ville de résidence de la patiente. L'échographie en effet est un moyen du diagnostic anténatal. Selon les normes et protocoles en matière de soins prénatals au Burkina Faso, l'échographie est un examen obligatoire. De plus les soins prénatals sont gratuits dans les formations sanitaires publiques, mais les patientes doivent souvent payer dans des officines privées, lorsqu'il y a une rupture dans les formations sanitaires publiques en produits ou consommables, ou lorsque des examens complémentaires ne sont pas disponibles. Il est donc possible que la patiente ait manqué de moyen pour se rendre à Ouahigouya pour réaliser l'échographie en plus de la situation sécuritaire précaire dans la région, qui limitait les déplacements des populations. L'échographie permet d'apprécier la tumeur notamment son contenu, solide ou liquidien, et l'extension intrapelvienne. Elle permet également de vérifier l'anatomie cardiaque et la tolérance hémodynamique qui peut être perturbée dans le tératome solide (2,5,6). Pour

notre cas il s'agissait d'une tumeur kystique sans extension intra pelvienne, ce qui en faisait une tumeur de type 1 de la classification de Altman (2). Ce type est le plus fréquent. Les autres éléments de la classification sont:

- le type II : masse externe avec composante intrapelvienne importante
- le type III : tumeur peu visible à l'extérieur, mais masse pelvienne importante s'étendant jusque dans l'abdomen
- le type IV : masse présacrée sans composante externe

La ponction transpariétale échoguidée réalisée pour réduire le volume du tératome et permettre l'accouchement, est une méthode utilisée par de nombreux auteurs (2-5,7). Certains auteurs l'ont réalisée avant même le début du travail d'accouchement lorsque le tératome est supérieur à 10 cm. Ceci permet l'accouchement par voie basse ou de faciliter l'extraction du fœtus lors de la césarienne. Sinon les risques de rupture du tératome existent lors de l'accouchement par voie basse et l'extraction lors de la césarienne peut être laborieuse et nécessiter une extension de l'hystérotomie au niveau corporel. Les risques maternels peuvent donc être réels. Ainsi, une césarienne corporelle comportera un risque de rupture utérine lors des grossesses ultérieures. L'accouchement ayant été particulièrement long, le risque de fistule avait été considéré. Heureusement les suites ont été simples. Quant aux risques fœtaux, il peut s'agir du décès périnatal, du fait de défaillance cardiaque fœtale liée à une hypervascularisation d'un tératome plutôt tissulaire entraînant un état d'anasarque. Dans ces cas, la chirurgie fœtale in utero (8) est possible dans les services très spécialisés qui ne sont présents dans notre contexte burkinabè. Il y a également un risque de dégénérescence maligne ultérieure de la tumeur, quand bien même celle-ci est presque toujours bénigne au moment de la naissance (1,2).

CONCLUSION

Le tératome sacro-coccygien est certes rare, mais peut être à l'origine de complications materno-fœtales. Les situations de précarité liées à l'insuffisance de ressources ou à l'insécurité favorisent la survenue de ces complications, car conduisent à des diagnostics tardifs. Cette observation clinique suggère qu'il faut développer une meilleure politique de résilience dans les zones peu développées ou en proie à l'insécurité pour mieux protéger la santé maternelle et périnatale.

DISPONIBILITE DES DONNEES

Toutes les données sont déjà incluses dans ce manuscrit

CONFLITS D'INTERETS

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

DECLARATION DE FINANCEMENT

Ce cas clinique n'a nécessité aucun financement

CONSENTEMENT

La patiente a donné son consentement éclairé écrit pour la prise de photos et leurs publications dans de manuscrit

CONTRIBUTIONS DES AUTEURS

SRS et MS ont préparé le manuscrit; BB, IO, LK, BN, OC et AO ont apporté des contributions importantes au manuscrit. Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

RÉFÉRENCES

1. Avni F, Verpillat P, Vaast P, Rocourt N, Sfeir R. Les tératomes, leurs caractéristiques en imagerie fœtale et pédiatrique. Consulté le 4 novembre 2023 sur : https://www.sfip-radiopédiatrie.org/wp-content/uploads/2018/07/avni_trousseau_2015-1.pdf
2. Veyckemans F, Scholtes JL. Syndromes et maladies rares en pédiatrie. Consulté le 3 novembre 2023 sur : <https://sites.uclouvain.be/anesthweekly/MRP/index.html?TeratomeSacro-coccygien>
3. Chagou M, Bernoussi K. Tératome sacro-coccygien : à propos d'un cas. *Pan Afr Med J.* 20 févr 2015;20:160. DOI: 10.11604/pamj.2015.20.160.5553
4. El-Shafie M, Naylor D, Schaff E, Conrad M, Miller D. Unexpected dystocia secondary to a fetal sacrococcygeal teratoma: A successful outcome. *Int J Gynecol Obstet.* déc 1988;27(3):431-8. Doi: 10.1016/0020-7292(88)90126-9
5. Makin EC, Hyett J, Ade-Ajayi N, Patel S, Nicolaidis K, Davenport M. Outcome of antenatally diagnosed sacrococcygeal teratomas: single-center experience (1993-2004). *J Pediatr Surg.* févr 2006;41(2):388-93. Doi: 10.1016/j.jpedsurg.2005.11.017
6. Friédérich L, Diguët A, Eurin D, Bachy B, Roman H, Marpeau L, et al. Tératome sacrococcygien de la taille du fœtus: surveillance anténatale, thérapeutique fœtale in utero et prise en charge obstétricale. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* oct 2007;35(10):1001-4. Doi: 10.1016/j.gyobfe.2007.07.030
7. Stefanovic V, Halmesmäki E. Peripartum Ultrasound-Guided Drainage of Cystic Fetal Sacrococcygeal Teratoma for the Prevention of the Labor Dystocia: A Report of Two Cases. *AJP Rep.* déc 2011;1(2):87-90. Doi: 10.1055/s-0031-1284220
8. Graesslin O, Martin-Morille C, Dedecker F, Gabriel R, Quereux C. Tératomes sacrococcygiens. Y a-t-il une place pour le traitement in utero des formes compliquées ? À propos de trois cas. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* juin 2004;32(6):519-24. Doi: 10.1016/j.gyobfe.2004.03.018