



## Clinical Case

## Grossesse Extra-Utérine Gémellaire Spontanée : Une Forme Clinique Exceptionnelle

### *Spontaneous Twin Ectopic Pregnancy: An Exceptional Clinical Presentation*

O. MOUNGUENGUI<sup>1</sup>, B. SIMA OLE<sup>1</sup>, S.G Mba Edou<sup>1</sup>, D. ASSUME<sup>1</sup>, T. REINDAH<sup>1</sup>, W. DIKONGO<sup>1</sup>, G MADI TIGANA<sup>1</sup>, J.A. BANG NTAMACK<sup>2</sup>, S. MAYI TSONGA<sup>2</sup>, J. F. MEYE<sup>2</sup>

#### Affiliations

1. Service de Gynécologie Obstétrique du CHU d'Owendo.
2. Département de Gynécologie-Obstétrique de la Faculté Médecine de Libreville.

#### Auteur correspondant

Pr Sima Ole, Service de Gynécologie Obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire d'Owendo (CHU O)  
BP : 36444, Tél : 00 241 01707229  
Email : [bsimaole@yahoo.fr](mailto:bsimaole@yahoo.fr).

**Mots clés :** Grossesse extra-utérine, gémellaire, échographie pelvienne,  $\beta$ -HCG- Owendo, Gabon.

**Key words:** Ectopic pregnancy, twin, pelvic ultrasound,  $\beta$ -HCG- Owendo, Gabon.

#### Article history

Submitted: 11 January 2025  
Revisions requested: 16 February 2025  
Accepted: 20 February 2025  
Published: 27 February 2025

#### RÉSUMÉ

La grossesse extra utérine (GEU) est une pathologie grave et sa localisation est souvent tubaire. Elle est en règle mono-embryonnaire et les formes gémellaires sont exceptionnelles. Nous rapportons le cas d'une patiente de 25 ans, nullipare, reçue pour algies pelviennes associée à des nausées et à des vomissements importants dans un contexte d'aménorrhée de 9 semaines. L'examen clinique a retrouvé un abdomen chirurgical, des métrorragies noirâtres de minimes abondance et une masse annexielle gauche avec une douleur dans le cul-de-sac de Douglas. L'échographie pelvienne a mis en évidence un utérus vide porteur d'un noyau myomateux, une grossesse extra-utérine tubaire gauche gémellaire type mono choriale bi amniotique et un hématosalpinx. Le dosage de  $\beta$ -HCG était positif à 67240 mU/L. L'exploration chirurgicale par laparotomie a retrouvé une GEU gémellaire gauche tubaire fissurée et un hémopéritoine de minime abondance. Une salpingectomie totale a été réalisée avec une évolution favorable. La survenue d'une GEU tubaire gémellaire est une situation rare. La réalisation d'une échographie pelvienne couplée au dosage des  $\beta$ -HCG reste un atout majeur pour le diagnostic.

#### ABSTRACT

Ectopic pregnancy (EP) is a serious disease, often localized in the uterus. It is usually mono-embryonic, and twin forms are exceptional. We report the case of a 25-year-old nulliparous patient who presented with pelvic pain associated with severe nausea and vomiting in the context of 9 weeks' amenorrhea. Clinical examination revealed a surgical abdomen, minimal blackish metrorrhagia and a left adnexal mass with pain in the cul-de-sac of Douglas. Pelvic ultrasound revealed an empty uterus with a myomatous nucleus, a left tubal twin ectopic pregnancy of the mono choriale bi amniotic type and a hematosalpinx. The  $\beta$ -HCG assay was positive at 67240 mU/L. Surgical exploration by laparotomy revealed a fissured left tubal gemellar EP and minimal hemoperitoneum. Total salpingectomy was performed with a favorable outcome. Twin tubal EP is a rare occurrence. Pelvic ultrasound with  $\beta$ -HCG assay is a major aid to diagnosis.

#### INTRODUCTION

La grossesse extra utérine (GEU) est une pathologie grave. C'est l'une des 1<sup>ères</sup> causes de décès maternelle au 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse et elle compromet significativement la fertilité ultérieure [1, 2]. L'œuf fécondé s'implante et se développe en dehors de la cavité utérine. Son incidence varie entre 1 et 2 % des grossesses dans les pays développés [3]. Dans les pays à ressources limitées, elle est autour de 2 à 4 % [4]. C'est une urgence médico-chirurgicale car les formes évoluées sont les plus fréquentes ainsi que les localisations tubaires [5]. D'autres localisations rares sont souvent rapportées notamment les localisations ovarienne, abdominale et cervicale [6, 7, 8]. Elle est mono-embryonnaire et rarement gémellaire. Lorsqu'elle est gémellaire, la

localisation mono-tubaire est exceptionnelle [9, 10]. L'apport de l'échographie couplé au dosage quantitatif de l'Hormone Chorionique Gonadotrophine (HCG) de même que la connaissance des facteurs de risque, contribuent au diagnostic précoce [11]. Nous rapportons le cas d'une GEU tubaire gémellaire de survenue naturelle hors procréation médicalement assistée observée à la maternité du CHU Owendo (CHUO).

#### OBSERVATION

Mademoiselle N. K âgée de 25 ans, étudiante, avait été conduite au service des urgences de la maternité du CHUO pour des saignements génitaux associés à des douleurs pelviennes intenses, des nausées et des vomissements le tout évoluant dans un contexte

d'aménorrhée de 9 semaines. Elle était paucigeste,

nullipare.

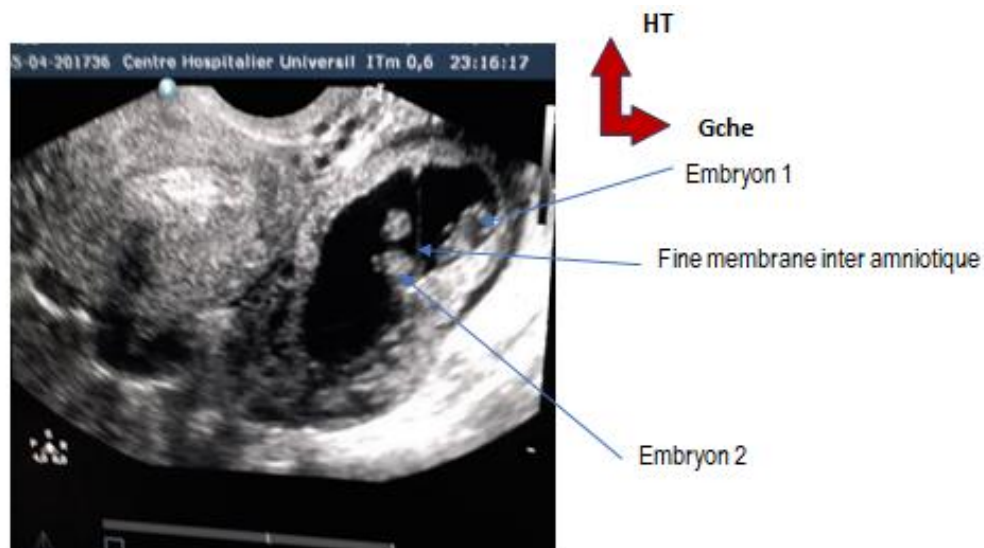


Figure 1. Coupe frontale organes pelviens échographie endovaginale. Un GEU gémellaire évolutive.



Figure 2. Coupe sagittale utérus échographie endovaginale. Utérus vide avec un fibrome type 2-3 de la FIGO.

Nous n'avons pas retrouvé d'antécédents médical, ni chirurgical particuliers, ni de notion de prise de contraceptif. A L'examen physique, elle était stable sur le plan hémodynamique et les conjonctives étaient bien colorées, pas de pâleurs cutanéomuqueuses. Les seins étaient pairs et symétriques sans lésions apparentes. L'abdomen plat, pas de cicatrice de chirurgie antérieure. A la palpation bimanuelle, on retrouvait une défense accentuée au niveau de la région hypogastrique et prédominant à de la fosse iliaque gauche.

La vulve était propre avec une pilosité gynoïde.

A l'examen au spéculum : les parois vaginales étaient macroscopiquement saines, le col violacé et un saignement peu abondant, noirâtre en provenance de la cavité utérine. Au toucher vaginal combiné au palper sus pubien, on retrouvait un utérus difficile à apprécier et on notait un empatement annexiel gauche douloureux ainsi qu'une sensibilité du cul de sac de Douglas.

Le reste de l'examen était sans particularité.

Nous avons suspecté une GEU fissurée, une menace d'avortement précoce ou une annexite.

Le bilan suivant avait été réalisé en urgence :

- Une numération formule sanguine (NFS)

- Une C-réactive protéine (CRP)
- Une sérologie Chlamydia trachomatis
- Un test qualitatif des  $\beta$ -HCG plasmatiques
- Une échographie pelvienne



Figure 3. Aspect des organes pelviens après laparotomie. Pelvis libre et GEU gémellaire ampullaire gauche.

Nous avons retrouvé une anémie modérée un syndrome inflammatoire et une sérologie Chlamydia trachomatis positive. Le  $\beta$  HCG plasmatiques était positif (67240 mUI/L) et l'échographie pelvienne endovaginale avait

montré un utérus rétrofléchi, de taille normale, contour régulier et porteur d'un myome latéral droit de type 2-3 de la FIGO et l'endomètre est épais. Il existait une image faisant évoquer un sac gestationnel avec 2 embryons, une fine membrane inter amniotique et 2 zones trophoblastiques opposées. C'est la suspicion d'une GEU tubaire de type gémellaire bi choriale bi amniotique fissurée de 9 semaines d'aménorrhée (figures 1-2).

Une laparotomie a été réalisée au lieu d'une coelioscopie et qui avait mise en évidence un pelvis libre de toutes adhérences et une GEU ampullaire gauche fissurée avec un hémopéritoine de 500 ml et la trompe controlatérale était macroscopiquement saine. Une salpingectomie totale gauche a été réalisée, associée à une toilette de la cavité abdominale au sérum physiologique. L'examen macroscopique de la pièce opératoire avait confirmé le diagnostic de GEU tubaire gémellaire (figure 3). Les suites opératoires avaient été simples et 3 jours pour la durée d'hospitalisation.

## DISCUSSION

Les études traitant de la grossesse extra-utérine sont anciennes [5, 12]. Son incidence a beaucoup évolué vers le bas au regard des chiffres hospitaliers et reste diversement répartie à travers le monde [4]. Dans les pays en développement, notamment en Afrique subsaharienne, celle-ci varie entre 0,5 à 3,5% [5, 13, 14]. Au Gabon, aucune publication récente n'a pas été retrouvée. Les chiffres anciens rejoignent ceux d'autres pays de la sous-région [5]. Il s'agit principalement de la forme tubaire mono-embryonnaire. C'est celle la plus fréquente [13, 14]. La grossesse gémellaire dans ce cas est rare [9]. La forme hétérotopique ou grossesse combinée représente environ 1/7000 voire 1/30000 grossesse selon les pays et ce chiffre peut augmenter en cas d'induction de l'ovulation (2/1000 grossesse) [7, 15, 16]. La grossesse gémellaire mono-tubaire spontanée est exceptionnelle. Elle est estimée à 1/250000 grossesse, voire plus [9, 10]. D'autres auteurs soulignent le manque de données sur cette entité et l'estime à plus de 1/250000 grossesse [17]. Possible en stimulation monofolliculaire, il y a un manque de données sur la prévalence de cette maladie rare après des cycles de fécondation-transfert d'embryons in vitro (FIV-TE) [9]. C'est le premier cas observé dans notre pays et aucun cas n'a été retrouvé dans la sous-région. Gure Eticha T rapport un cas en 2022 à Harar en Ethiopie et comme pour le nôtre, sa localisation est à gauche [10]. Plusieurs facteurs augmentent le risque de grossesse extra-utérine, le plus important est la maladie inflammatoire pelvienne, suivie des traumatismes opératoires, les anomalies congénitales, les tumeurs et les adhérences entraînant des trompes de Fallope anatomiquement déformées [18]. Nous rapportons le cas d'une patiente avec les antécédents d'infections sexuellement transmissibles (IST) confirmées. Le cas illustre l'impact potentiel des IST sur le risque de grossesse extra-utérine gémellaire. C'est une forme particulière de grossesse extra utérine dite « gémellaire ». Elle semble monochoriale biamniotique. Cette forme, résulte de la division entre le 4<sup>ème</sup> et le 8<sup>ème</sup> jour d'un ovule fécondé par un seul spermatozoïde [19]. La division se fait au stade de la

morula ou blastocyste et avant la formation de l'amnios. Les causes tubaires qui sont communes à toutes les GEU sont évoquées et le plus important est la maladie inflammatoire pelvienne [8, 18]. La conséquence est le retard de la captation ovulaire, la modification du péristaltisme tubaire et le ralentissement de la vitesse de migration de l'ovule et de l'œuf fécondé. Pour notre cas, il n'est pas signalé d'antécédents particuliers, le pelvis ne semble pas remanié, mais la sérologie à sérologie Chlamydia trachomatis est fortement positive signe d'une infection à germe intra-cellulaire évolutive. Ainsi, les patientes ayant des antécédents d'infections pelviennes multiples sont connus pour être à risque de développer une infection pelvienne chronique et des cicatrices post-inflammatoires source de toutes les formes anatomiques de GEU [18]. D'où notre cas. La triade symptomatologique classique de la GEU chez une femme en activité génitale est celle retrouvée chez notre patiente (aménorrhée, douleurs pelviennes et métrorragies) associé à des signes sympathiques de grossesse. Cette symptomatologie reste décrite quasiment par tous les auteurs quel que soit le type ou la forme de la GEU [5,12,14]. Il est souvent aisé avec les moyens actuels car la symptomatologie et les signes des résultats des examens paracliniques sont souvent sans équivoque. Le diagnostic de GEU est souvent porté entre la 6<sup>ème</sup> et la 9<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée [12]. Nos résultats confirment cette assertion avec 9 SA. L'échographie pelvienne est le principal examen paraclinique qui permet de poser le diagnostic de GEU tubaire. On retrouve des signes indirects et directs de la GEU. Dans notre étude, elle a été couplée au dosage plasmatique quantitatif des beta HCG avec un taux significativement élevé pour une grossesse ectopique. Soit 67240 mUI/l. David Yamane avait retrouvé 4650 mUI/ml [17]. Des taux similaires peuvent faire penser à une grossesse intra-utérine évolutive mais incompatible avec 9 SA. D'où la suspicion. Certains auteurs ont eu des difficultés diagnostiques [20, 21]. Dans le cas rapporté par Charles J Rolle, les bêta-HCG était de 263 mUI/ml et l'échographie transvaginale a suggéré une grossesse extra-utérine unilatérale non viable [18]. Fawzi Mikou trouve un taux de beta HCG à 3144 mUI/l et l'échographie endovaginale est normale [20]. Dans le cas rapporté par David Yamane, l'échographie avait été déterminant pour le diagnostic [17]. Tel a été le cas de notre observation. Nous avons retrouvé un sac gestationnel en dehors de la cavité utérine avec 2 échos embryonnaires sans activité cardiaque et le diagnostic de chronicité a été aisé avec la mise en évidence de la fine membrane séparant les 2 sacs gestationnel. L'échographie nous est apparue déterminant pour le diagnostic. En présence de signes évocateur de GEU, l'échographie endovaginale a une sensibilité variable et maximale autour de 80%. En revanche, sa spécificité varie entre 98,9 et 100% [11]. Le taux de beta HCG plasmatique particulièrement élevé fait évoquer une activité trophoblastique hyper-sécrétante caractéristique de la grossesse gémellaire. Ce qui fait fortement penser à une GEU gémellaire. La coelioscopie reste l'examen de référence pour confirmer le diagnostic de GEU lorsque

l'échographie n'as pas fait ses preuves [22]. Il fait le bilan lésionnel et traite. Comme d'autres auteurs, la salpingectomie est réalisée [13, 12, 23]. La coelioscopie, traitement de référence de la GEU dans les pays développés reste une pratique limitée dans notre environnement en raison du sous équipement et du recours tardif aux soins [5, 8]. Elle est cependant une alternative récente à la laparotomie dans notre pays dans la prise en charge de la GEU rompue ou non [23]. La laparotomie est indiquée en cas d'instabilité hémodynamique ou d'hémopéritoine abondant. Cette voie d'abord a été utilisée chez notre patiente du fait de l'indisponibilité de la coelioscopie en cette période. Une salpingectomie totale a été pratiquée. L'évolution était favorable avec une durée d'hospitalisation de trois jours. La réhabilitation précoce post opératoire utilisé dans la césarienne non compliquée est devenue systématique dans notre contexte, et s'étend actuellement dans à d'autres types de chirurgies telle que la chirurgie de la GEU [24].

### CONCLUSION

La GEU tubaire de type gémellaire est une situation exceptionnelle et une première dans la sous-région. Il faudra y penser devant des métrorragies du premier trimestre associé à une exagération des signes sympathiques de grossesse. L'apport de l'échographie pelvienne couplé au dosage plasmatique des beta HCG participe largement au diagnostic. Le risque de rupture tubaire motive la prise en charge rapide ce qui va dans la direction de l'amélioration du pronostic vital. La coelioscopie reste le gold standard dans la prise en charge de la GEU. Cependant la laparotomie reste une alternative devant certaines contre-indications.

### Consentement

Nous avons obtenu le consentement de la patiente pour la publication du cas clinique.

**Conflits d'intérêt :** Aucun

### RÉFÉRENCES

1. Cabar F, Fettback PB, Pereira PP et al. Serum markers in the diagnosis of tubal pregnancy. *Clinics*. 2008 ; 63(5) : 701-8.
2. Vanitha N, Sivalingam, Duncan C et al. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2011; 37: 231-40.
3. Gervaise A, Fernandez H. Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la GEU. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2010 ; 39S :14-24.
4. Coste J, Bouyer J, Ughetto S, et al. Ectopic pregnancy is again increase. Recent trends in the incidence of ectopic pregnancies in France. *Hum Reprod* 2004; 19: 2014-8.
5. Meye JF, Sima-Nzue A, Sima Ole B, et al. Aspects actuels de la grossesse extra utérine à Libreville (Gabon) : à propos de 153 cas. *Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé* 2002 ;4(12) :405-8.
6. Thiam O, Fay P.M, Sarr ISS et al. Grossesse extra-utérine ovarienne rompue: à propos de deux cas. *J SAGO*, 2018 ; 19(2) : 46-50.

7. Niang MM, Aidibe I, Cissé CT. La grossesse hétérotopique spontanée à l'institut d'hygiène sociale de Dakar : A propos de trois cas et revue de la littérature. *Med Afr Noire* 2013 ; 60(6) : 263-8.
8. Achour A, Gabkik B M, Boudeya F et al. Prise en charge chirurgicale de la grossesse extra utérine au Centre de Maternité et de Néonatalogie de Tunis (CMNT). *La revue médicale de Madagascar* 2015 ; 5(3) : 634-9
9. Zhang Y, Lu X, Wang X et al. Rare grossesse extra-utérine unilatérale de jumeaux après transfert d'embryons congelés : un rapport de cas et une revue de la littérature. *Int Med Case Rep J*. 2023 13 ;16 :731-737
10. Gure Eticha T. Grossesse extra-utérine gémellaire unilatérale : un rapport de cas de la partie orientale de l'Éthiopie, Harar. *Int Med Case Rep J*. 2022 ; 19 (15) : 521-527
11. Brown DL, Doubilet PM. Transvaginasonography for diagnosing ectopic pregnancy positivity criteria and performance characteristics. *J Ultrasound Med* 1994; 13: 259-66.
12. Sy T, Diallo Y, Toure A. Management of ectopic pregnancy in Conakry, Guinea *Med Trop* 2009; 69(6): 565-8.
13. Nayama M, Gallais A, Ousmane N, et al. Management of ectopic pregnancy in developing countries: example of a Nigerian reference maternity. *Gynecol Obstet Fertil* 2006; 34(1): 14-8.
14. Akaba GO, Agida TE, Onafowokan O. Ectopic pregnancy in Nigeria's federal capital territory: a six-year review. *Niger J Med* 2012; 21(2): 241-5
15. Amagada JO, Vine SJ. Spontaneous heterotopic pregnancy remains a diagnostic enigma. *J Obstet Gynecol* 2005 ; 25(1) : 72-3.
16. Mobo Boukaïdi, Bouhya S, Sefrioui O et al. Grossesses hétérotopiques : à propos de huit cas. *Gynecol Obstet Fertil* 2002 30 (3) : 218-33
17. David Yamane, Michae Stella, Eric Goralnick. Grossesse extra-utérine gémellaire *J Emerg Med* 2015 ; 48 : 6e139-e140
18. Charles J Rolle, Clifford Y Wai, Roger Bawdon et al. Grossesse extra-utérine gémellaire unilatérale chez un patient ayant des antécédents d'infections sexuellement transmissibles multiples *Infect Dis Obstet Gynecol*. 2006 :2006 :10306 doi : 10.1155/IDOG/2006/10306.
19. Barré M, Le Caignec C, Rival JM et al. Grossesse gémellaire monozygotes hétérocaryotes : diagnostic et prise en charge. *La presse Médicale* 38 (7-8), 1170-73, 2009.
20. Fawzi Mikou, Mohamed Zakaria Kamri et al. Grossesse gémellaire extra-utérine : diagnostic particulièrement difficile. *Imagerie de la femme* 2009 ; 19 (3) : 198-99.
21. M. Laghzaoui Boukaïdi, S. Bouhya, O. Sefrioui et al. Grossesses hétérotopiques : à propos de huit cas *Gynecol Obstet Fertil* 2002 ; 30 (3) : 2018-23
22. Edjo Nkilly G, Okoue Ondo R, Matsanga A et al. Prise en charge des grossesses extra utérines rompues : Coelioscopie versus laparotomie. *Health Sci Dis*. 2020 ; 21(6) hsd-fmsb.org consulté le 02 septembre 2021.
23. Tchanchou TDD, Ngou Mve Ngou JP, Lembet Mikolo A M, et al. Cœlioscopie pour pathologie annexielle au cours de la grossesse à Libreville. *Health Sci Dis* 2019 ; 20(6) : 61-5.
24. Sima Ole B, MOUNGUENGUI C O, Mba Edou S G et al. La césarienne non compliquée : comparaison de la réhabilitation précoce versus la prise en charge post opératoire classique à la maternité du CHU d'Owendo (Gabon). *Rev Afr Chir*. 2019 ; 13(3) : 15-20.