



Cas Clinique

Grossesse Extra-Utérine Cornuale Rompue : A Propos d'un Cas

Ruptured corneal ectopic pregnancy: a case report

ATADE Sèdjro Raoul¹, SIDI Imorou Rachidi², ABOUBAKAR Falilou³, KPOKOU Ernest⁴, SAKA Sobou Adjao², VODOUHE Mahoublo Vinatou², HOUNKPONOU Fanny², SALIFOU Kabibou².

- 1- Département Mère-Enfant Institut de Formation en Soins Infirmiers et Obstétricaux (IFSIO) Université de Parakou, Bénin.
- 2- Département Mère-Enfant Faculté de Médecine (FM), Université de Parakou, Bénin.
- 3- Département Mère-Enfant Faculté des Sciences de la Santé (FSS), Université d'Abomey Calavi, Bénin.
- 4- Service de gynécologie et d'obstétrique de l'Hôpital de Zone de Natitingou, Bénin.

Correspondance : ATADE Sèdjro Raoul

Mail : raoulatade@yahoo.fr

Tél : (229) 97 09 90 11 / 95 59 25 41

Mots clés : Grossesse extra-utérine, grossesse cornuale, échographie

Keywords: Ectopic pregnancy, corneal pregnancy, ultrasound

RÉSUMÉ

La grossesse cornuale est une grossesse extra-utérine où l'œuf s'implante dans la corne utérine. Elle pose un problème diagnostique. Nous rapportons un cas d'une grossesse cornuale gauche rompue. L'échographie a montré une grossesse intra-utérine et un épanchement modéré du douglas avec une sonde abdominale. Avec la sonde endovaginale l'utérus était vide. La ponction exploratrice du Douglas a ramené du sang incoagulable. Elle fut prise au bloc où le diagnostic de grossesse cornuale gauche rompue fut posé.

ABSTRACT

Cornual pregnancy is an ectopic pregnancy where the egg implants in the uterine horn. It poses a diagnostic challenge. We report a case of a ruptured left corneal pregnancy. Transabdominal ultrasound revealed an intrauterine pregnancy and moderate volume blood effusion in Douglas pouch. Endovaginal approach showed an empty uterus. The exploratory puncture of the Douglas brought back non clotted blood. She was taken to the theater where the diagnosis of a ruptured left corneal pregnancy was made.

INTRODUCTION

La grossesse cornuale est une grossesse extra-utérine où l'œuf s'implante dans la corne utérine [1]. Elle représente 2% des grossesses extra-utérines (GEU) [2]. Le diagnostic d'une grossesse cornuale est difficile à l'échographie. La prise en charge est mal codifiée, guidée le plus souvent par le tableau clinique [3]. Nous rapportons le cas d'une grossesse cornuale de diagnostic peropératoire au centre hospitalier universitaire et départemental du Borgou-Alibori CHUD/B-A

OBSERVATION CLINIQUE

Une patiente de 23 ans, couturière de profession consultait pour douleur pelvienne intense à type de torsion irradiant le long de la ligne blanche ; L'interrogatoire révélait un début remontant à 4 jours. Il n'y a pas de notion de fièvre, ni de saignement vaginal associés à la symptomatologie. Les antécédents médicaux et chirurgicaux de la patiente étaient sans particularité pathologique. La patiente était de gestité 3, parité 1, un enfant vivant. La date des dernières règles n'a pu être précisée mais remonterait en fin juillet 2021 ce qui donnerait une aménorrhée de 2 mois environ; L'examen retrouvait un état général peu conservé avec une patiente très asthénique et algique. Les muqueuses palpébrales étaient peu colorées. La température était de 36 degré 8 C. La tension artérielle était de 92 mm Hg pour la systolique et 56 mm Hg pour la diastolique. Le pouls était de 105 pulsations par minute. Les seins étaient normaux ; l'abdomen était souple avec une douleur vive

en région hypogastrique et un cri de l'ombilic. L'utérus était difficile à apprécier à cause de la douleur abdominale. La vulve était propre. Au spéculum, le col et la paroi vaginale étaient macroscopiquement sains. Il n'y avait pas de métrorragie. Au toucher vaginal, le col était médian court et fermé ; l'utérus était augmenté de volume, les culs de sac latéraux étaient douloureux et le doigtier revenait propre.

Le dosage qualitatif des BHCG dans les urines est revenu positif. L'échographie réalisée avec une sonde de 3,5 MHz par voie sus pubienne retrouvait un utérus antéversé avec un sac gestationnel intra-utérin et fundique et un épanchement dans le douglas. Avec une sonde endovaginale de 6,5 MHz, l'utérus apparaissait vide, de taille subnormale. (Fig 1)

À l'inclinaison de 30 ° de la sonde endovaginale vers la gauche, le sac gestationnel intra-utérin apparaissait avec un embryon de 30,5 mm (ce qui correspondait à 10 SA) avec une activité positive. Les ovaires étaient sans particularité pathologique. Le douglas était le siège d'un épanchement modéré. La ponction exploratrice du douglas avait ramené 10 ml de sang incoagulable. Les hypothèses diagnostiques évoquées étaient : hémopéritoine d'étiologie à explorer : grossesse hétérotopique avec l'une rompue et l'autre intra-utérine de 09 semaines d'aménorrhée +4 jours ? Grossesse extra-utérine rompue sur utérine bicorne avec une grossesse intra-utérine évolutive de 09 semaines d'aménorrhée + 4 jours dans l'un des héli-utérus. La patiente fut préparée

pour le bloc opératoire après mise en condition. A la laparotomie on tombe sur un important hémopéritoine environ 1200 cc qu'on reconditionne par la méthode d'autotransfusion au moyen du cône de Tanguiéta. A l'exploration on retrouve la poche amnio-choriale extériorisée au niveau de la corne utérine gauche. Nous avons conclu à une grossesse cornuale gauche rompue. En remontant l'utérus par l'incision on rompt accidentellement la poche qui laisse s'échapper l'embryon (Figure 2). Les berges utérines étaient très hémorragiques (Figure 3).

Nous avons procédé à une suture des berges par un sujet au vicryl N° 1 renforcé par des points d'hémostase en U (Figure 4). L'hémostase était satisfaisante. L'utérus et les annexes ne portaient aucune malformation morphologie. Nous avons procédé à une toilette soigneuse de la cavité abdominale et l'abdomen a été refermé. Les suites opératoires ont été simples et la patiente a été mise en exéat au 4^{ème} jour post opératoire.

DISCUSSION

La grossesse cornuale survient dans la corne rudimentaire d'un utérus bicorne ou dans le, moignon restant d'une trompe traitée par salpingectomie [4]. Elle peut survenir dans un utérus sans malformation et chez une patiente n'ayant aucun antécédent de salpingectomie [3,5] comme c'était le cas chez notre patiente. Cela relance la question des facteurs de risque d'une grossesse cornuale. Ces derniers sont similaires à ceux des autres grossesses extra-utérines (antécédent de grossesse extra-utérine, de pathologie et chirurgie tubaire, exposition intra-utérine de DES, infections génitales, tabac, Fécondation in vitro) excepté la salpingectomie ipsilatérale qui est un facteur de risque propre à la grossesse cornuale [6]. Pour Néossi et al. [7], mise à part ces facteurs de risque, les antécédents d'utérus bicorne ou pseudo unicorné avec une trompe rudimentaire sont spécifiques de la grossesse cornuale.

Le diagnostic échographique de la grossesse cornuale n'est pas évident car on peut dans certains cas visualiser un sac gestationnel intra-utérin [8] comme dans notre cas, faisant croire à tort à une grossesse intra-utérine. La description des images échographiques de la grossesse cornuale est diverses ; certains auteurs rapportent qu'on peut parfois visualiser une cavité utérine vide, un sac gestationnel séparé de plus d'un cm de la cavité utérine et une couronne myométriale autour du sac [9]. Pour d'autres, le sac gestationnel ectopique se présente sous forme d'une masse fundique sessile qui s'entoure d'un myomètre dont l'épaisseur est variable [10]. La discordance échographique sur la localisation de la grossesse entre la sonde abdominale et celle endovaginale au cours d'un même examen devrait faire penser à une grossesse cornuale.

Lorsque la patiente présente un état de choc avec un épanchement liquidien du douglas et la ponction exploratrice ramène du sang incoagulable, le praticien se retrouve réconforté dans la décision d'une laparotomie pour explorer un hémopéritoine. Ce fut le cas chez notre patiente et dans plusieurs études [1,8]. Certains auteurs ont rapporté des cas de grossesse cornuale découverte à un stade précoce qui ont bénéficié d'une cœlioscopie et d'un

traitement médical au méthotrexate lorsqu'il est possible [4,5,11]. Sous nos cieus, la chirurgie reste le principal moyen diagnostique et thérapeutique car les gestantes consultent à un stade tardif de la GEU rompue. En outre l'absence d'une colonne de cœlioscopie dans le service justifie aussi ce traitement radical

CONCLUSION

La grossesse cornuale est une entité rare qui met en jeu le pronostic vital de la gestante. Le diagnostic échographique n'est pas aisé et lorsqu'on ne sait pas s'y prendre on pourrait conclure à une grossesse intra-utérine. La laparotomie est faite non seulement dans un moyen diagnostique mais aussi thérapeutique.

DÉCLARATIONS

Consentement

Le consentement éclairé écrit a été obtenu de la patiente pour la publication de ce rapport de cas et des images qui l'accompagnent.

Conflit d'intérêt

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

RÉFÉRENCES

- 1- Drissi J, Fagouri H, Derdabi H, Kassidi F, Guelzim K, Kouach J. Grossesse cornuale : à propos d'un cas et revues de la littérature. *International Journal of Innovation and Applied Studies*, 2015 ;13(1): 168-171
- 2- B. Blanc, C. Jamin, C. Sultan. *Traité de gynécologie médicale*. Springer Amazon. p.305.
- 3- Nikodijevic K, Bricou A, Benbara A, Moreaux G, Nguyen C, Carbillon L, Poncelet C, Boujenah J. Grossesse extra-utérine cornuale : prise en charge, fertilité ultérieure et devenir obstétrical. *Gynecol Obstet Fertil*. 2016 ;44(1): 11-6.
- 4- Jourdain O, Fontanges M, Schiano A, Rauch F, Gonnet J-M. Recommandations pour la pratique clinique. Prise en charge des autres ectopies annexielles (cornuale, interstitielle, angulaire, ovarienne). *J Gynecol Ostet Reprod* 2003; 32 (suppl.):3S93-3S100.
- 5- Ferjaoui MA, Gharrad M. La grossesse cornuale, aspect laparoscopique. *Pan African Medical Journal*. 2016; 23: 245 doi:10.11604/pamj.2016.23.245.5855
- 6- Tulandy T, Al-jaroudi. Interstitial pregnancy : results generated from the society of reproductive surgeons registry. *Obstet Gynecol* 2004; 103: 47.
- 7- Neossi GM, Nkigoum NA, Nko'o AS. Grossesse cornuale droite de découverte tardive et fortuite à l'échographie de routine *Health Sci. Dis*. 2017 ;18(4) : 116-9
- 8- Stern E, Chanda M, Thorne J, Diagnostic d'une rupture de grossesse cornuale par laparoscopie *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*.2018 ;41(3): 265-404 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2018.06.014>
- 9- Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Materna C, Veit CR. Sonographic evolution of cornual pregnancies treated without surgery. *Obstet Gynecol J*.1992;79: 1044-1049.
- 10- Kouame N, N'Goan AM, Domoua R, N'Gbesso A D, Keita K Grossesse cornuale : une entité rare de grossesse extra-utérine *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*.2011 ;21(2): 68-71 doi.org/10.1016/j.femme.2011.02.001Get rights and content
- 11- Malek-mellouli M, Youssef A, Mbarki M, Ben Amara F, Néji K, Rezigia H. Traitement médical des grossesses interstitielles non rompues. *La Tunisie medicale* 2012; 90(5) : 421 - 423.



Image obtenue avec une sonde sus pubienne

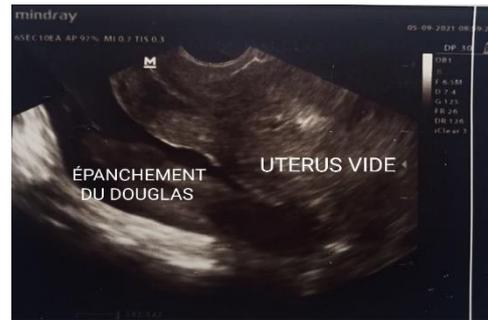


Image obtenue avec une sonde endovaginale

Figure 1 : Image échographique de la grossesse cornuale

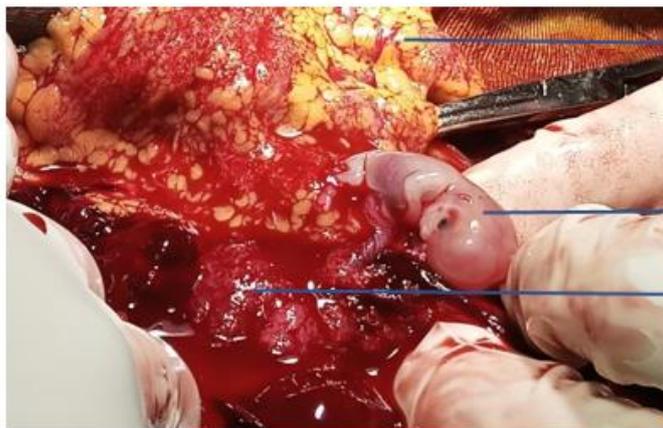


Figure 2 : Grossesse extra-utérine après rupture accidentelle de la poche amnio-choriale

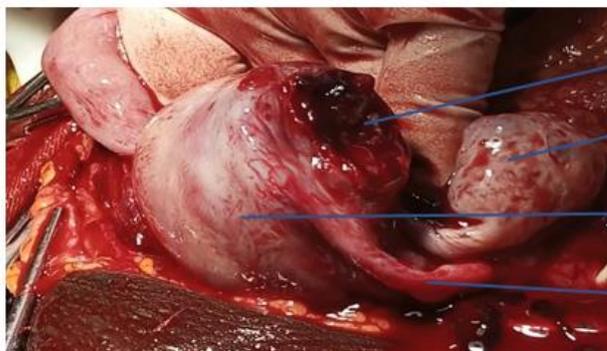


Figure 3 : Siège cornuale de la grossesse extra-utérine avec des berges hémorragiques



Figure 4 : Suture de la corne utérine droite, hémostase satisfaisante