



Cas Clinique

Récidive de Grossesse Extra-Utérine sur Moignon de Trompe : À Propos d'un Cas

Recurrence of Ectopic Pregnancy on Tubal Stump: A Case Report

Ngono Akam Marga Vanina.^{1,2} ; Lontchi S.¹ Mpono Emenguele P.^{1,2} ; Nyada Serge .^{1,2} ; Mendoua Michelle F¹ , Kasia Onana², Kasia JM.^{1,2}

RÉSUMÉ

Malgré des progrès majeurs en matière de diagnostic et de traitement, la grossesse extra-utérine (GEU) continue d'être une cause majeure de mortalité maternelle au premier trimestre de grossesse. La récidive de GEU sur moignon tubaire restant est un phénomène rare, ainsi nous rapportons le cas d'une grossesse extra-utérine rompue sur moignon tubaire après une salpingectomie totale de ladite trompe prise en charge au CHRACERH, chez une patiente de 36 ans G4P1021. Ce rapport de cas met en lumière d'une part la problématique diagnostique et d'autre part la maîtrise chirurgicale d'une salpingectomie première afin de pallier à cette problématique de santé publique.

ABSTRACT

Despite major advances in diagnosis and treatment, ectopic pregnancy (EP) continues to be a major cause of maternal mortality in the first trimester of pregnancy. Recurrence of ectopic pregnancy on a remaining tubal stump is a rare , and we report the case of a ruptured ectopic pregnancy on a tubal stump after total salpingectomy of the said tube managed at CHRACERH, in a 36-year-old patient G4P1021. This case report highlights both the diagnostic problem and the surgical management of a first salpingectomy in order to alleviate this public health problem.

1. Département de Gynécologie Obstétrique de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé, Cameroun.

2. Service de Gynécologie et obstétrique du CHRACERH

Auteur correspondant :

Ngono Akam Marga Vanina

Département de Gynécologie Obstétrique de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I, Cameroun.

Email : vakam24@yahoo.fr

Mots clés : récidive, grossesse extra-utérine ; salpingectomie ; moignon de la trompe

Key words: recurrence, ectopic pregnancy; salpingectomy; tube stump

INTRODUCTION

La grossesse extra-utérine (GEU) est la nidation de l'œuf en dehors de l'utérus, elle représente 1-3% des grossesses. Il s'agit d'une pathologie potentiellement mortelle et continue d'être une cause majeure de morbidité et de 6% de mortalité au premier trimestre de la grossesse. Le traitement permet de réduire les risques de récurrences (1). Taux de récurrence varie de 5-25%, avec un risque multiplié par 10 chez les patientes avec antécédents de GEU par rapport à la population générale (2). Le traitement chirurgical radical en théorie permet d'éviter le risque de récurrence ipsilatérale. Toute fois la grossesse extra-utérine peut récidiver sur le même coté après une salpingectomie, notamment sur le moignon de la trompe. Il s'agit d'une pathologie rare en pratique quotidienne ; elle représente environ 0,4% de toutes les grossesses avec un taux de mortalité de 2-2.5% (2). Dans ce travail nous rapportons le cas d'une grossesse extra-utérine sur moignon de la trompe droite survenu chez une patiente qui deux ans plutôt avait bénéficié d'une salpingectomie totale droite.

OBSERVATION

Il s'agit d'une patiente de 36 ans G4P1021, qui venait consulter pour un second avis devant une échographie réalisée pour une aménorrhée de 5 semaines. L'échographie faisait état d'une masse annexielle droite faisant suspecter une GEU. Dans ses antécédents on notait une notion de GEU droite rompue il y'a deux ans pour laquelle une salpingectomie droite avait été réalisée dans une structure hospitalière de la ville, par un médecin gynécologue. On notait également une notion de prise de lévonorgestrel en contraception d'urgence le mois en cours. A son admission, la patiente ne présentait pas de douleur ni de saignement, ses paramètres vitaux étaient stables ; l'examen abdominal était sans particularité, le signe de Chadwick était présent au toucher vaginal, l'utérus était de taille normale, le signe de chandelier était positif et le doigtier propre.

Le bilan initial avait retrouvé un taux de beta-HCG à 4690 ml/UI, une absence d'hémopéritoine à l'échographie avec confirmation de la masse annexielle droite qui faisait 3.8 cm, sans activité cardiaque. Le diagnostic de GEU droite

non rompue avait donc été posé. Elle a bénéficié d'un traitement médical avec le protocole mono dose de méthotrexate et contrôle de la cinétique beta HCG. L'évolution semblait favorable jusqu'au 14^e jour post-thérapeutique où elle est revenue dans un tableau de douleur pelvienne et saignement. À l'examen physique, les paramètres vitaux étaient stables, mais elle présentait des signes d'irritation péritonéale. L'échographie a montré des éléments en faveur d'une GEU droite fissurée,

avec hémopéritoine minime. Nous avons réalisé une coelioscopie et les trouvailles (figure 1 et 2) étaient un hémopéritoine de 1000cc, une GEU droite rompue, trompe droite délabrée avec moignon visualisé en proximal. La trompe gauche était macroscopiquement normale. Nous avons aspiré les tissus trophoblastiques et fait une coagulation à la base de la masse. L'évolution a été simple, avec sortie de la patiente au 2^e jour d'hospitalisation.

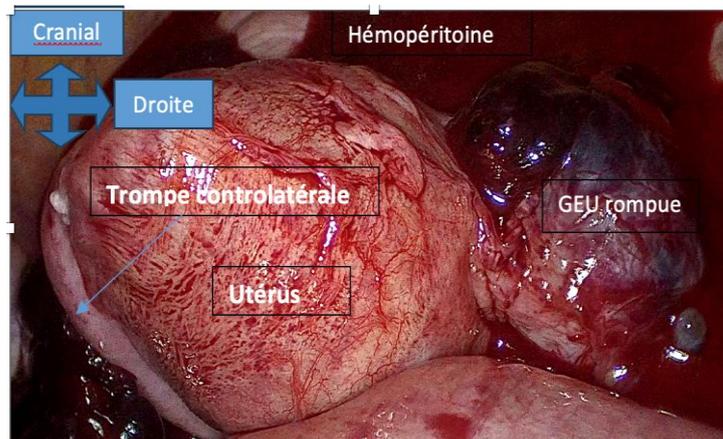


Figure 1 : trouvailles coelioscopiques : hémopéritoine de 1000cc, une GEU droite rompue

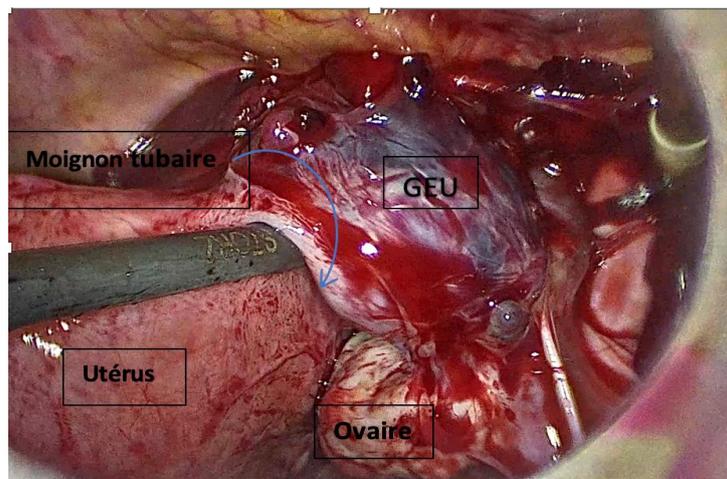


Figure 2 : moignon tubaire visualisé, ovaire droit adhérent à la masse annexielle, sans visualisation de l'extrémité distale de la trompe.

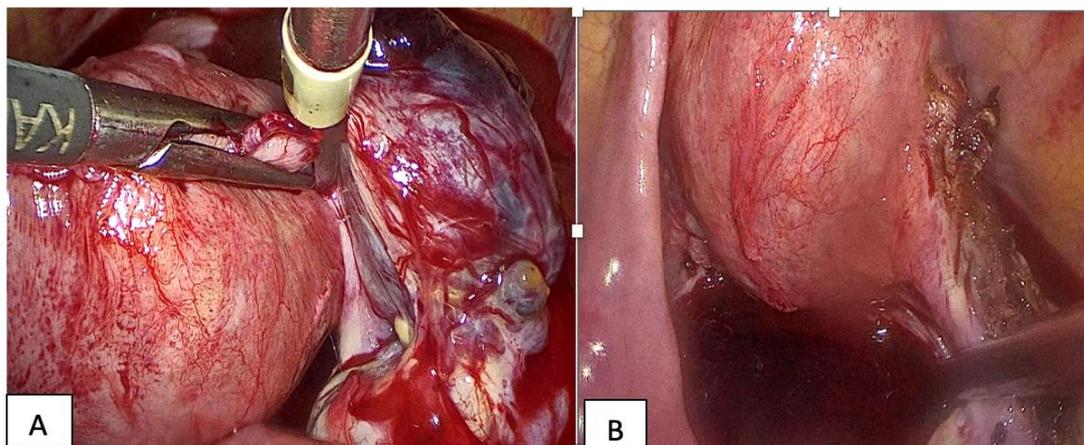


Figure 3 : A=coagulation puis section du moignon tubaire puis coagulation à la base, B=puis toilette abdominale

DISCUSSION

Les grossesses extra-utérines sont l'une des urgences gynécologiques les plus courantes, avec une incidence d'environ 2 % de toutes les grossesses (3). Une étude faite par KO et al a retrouvé que après une salpingectomie l'incidence de grossesse extra-utérine tubaire est extrêmement rare environ 0,4% (4). Néanmoins Takeda et al ont rapporté une incidence de 1,16% dans leur série (5). Le facteur de risque le plus important de la grossesse extra-utérine est l'antécédent de grossesse extra-utérine avec un risque 10 fois plus élevé que la population générale (6,7). Il existe plusieurs autres facteurs de risques comme l'âge supérieur à 35 ans, les antécédents de maladie inflammatoire du pelvis, de tabagisme, d'utilisation de progestatif, de chirurgie. Notre patiente présentait comme facteurs de risque GEU un âge supérieur à 35 ans, un antécédents d GEU, et la prise progestatif en contraception d'urgence.

La rupture de la grossesse extra-utérine, est la complication la plus redoutée, c'est la première cause de mortalité maternelle au premier trimestre de la grossesse. Dans notre cas, le moignon tubaire s'était rompu conduisant à l'hémopéritoine. Bien qu'elle était hémodynamiquement stable, le retard dans le diagnostic et la prise en charge aurait mis en jeu son pronostic vital. Il existe diverses théories suggérant la pathogénie de la récurrence d'une GEU ipsilatérale. Une théorie stipule que l'implantation sur le moignon tubaire se produit lorsqu'un ovule est fécondé à travers un foramen formé au niveau du moignon (4,8). Une autre théorie suggère que l'implantation se fait avec l'ovule fécondée de la trompe controlatérale (9,10). Les deux théories semblent plausibles dans notre cas.

Le diagnostic de GEU se fait selon la triade classique, aménorrhée, douleur pelvienne et saignotement ; mais cependant il existe des formes frustrées, des cas spécifiques pouvant créer un doute diagnostique. C'est ainsi que devant le diagnostic de GEU droite sur une trompe supposée déjà complètement ablaté a encore semé un grand doute chez la patiente et chez la première équipe médicale nécessitant une consultation dans notre centre pour un second avis.

L'échographie est un examen efficace pour diagnostiquer la grossesse du moignon tubaire. Dans ce cas, il est possible de passer à côté du diagnostic si lors de la réalisation on ne se focalise que sur la trompe restante devant un antécédent de salpingectomie. Heureusement pour notre patiente le diagnostic de GEU droite a été évoqué dès le départ, n'a donc pas constitué un retard dans sa prise en charge.

La prise en charge chirurgicale est l'option de prise en charge privilégiée dans les cas de grossesse extra-utérine rompue. Il est préférable d'effectuer une salpingectomie plutôt qu'une salpingostomie, car elle est associée à des taux de récurrence plus faibles.

La survenue d'une grossesse extra-utérine sur moignon tubaire, bien que rare devrait nous amener à investiguer sur comment été fait la salpingectomie initiale. La longueur du moignon laissé après une salpingectomie augmenterait le risque de GEU sur moignon tubaire (2). La bonne technique lors d'une salpingectomie est donc

capitale pour limiter ce risque. Chez notre patiente le moignon restant était long de 3-4cm pouvant justifier la survenue d'une GEU. Il serait donc souhaitable de minimiser la longueur du reste de la trompe et la péritonisation de l'incision cornuiale seraient important dans la prévention de la GUE sur moignon tubaire (11). Ainsi lors de cette deuxième chirurgie nous avons minimiser cette longueur restante (figure 3).

CONCLUSION

La grossesse extra-utérine sur moignon est un événement rare. Mais un antécédent de salpingectomie n'exclut pas la possibilité d'une grossesse extra-utérine ipsilatérale. Laisser un long moignon tubaire après une salpingectomie pourrait augmenter le risque de grossesse extra-utérine du moignon. Ainsi, la longueur restante doit être minimisée le plus possible.

RÉFÉRENCES

1. Mol F, van Mello NM, Strandell A, Strandell K, Jurkovic D, Ross J, et al. Salpingotomy versus salpingectomy in women with tubal pregnancy (ESEP study): an open-label, multicentre, randomised controlled trial. *Lancet*. 2014;383:1483-9.
2. Homagain S, Kharal N, Khanal H, Shahi T, Pandey J, Katuwal N. Ruptured ectopic pregnancy on a tubal stump: A case report. *Clin Case Reports*. 2022;10(9):1-5.
3. Creanga AA, Shapiro-Mendoza CK, Bish CL, Zane S, Berg CJ, Callaghan WM. Trends in ectopic pregnancy mortality in the United States: 1980-2007. *Obstet Gynecol*. 2011;117(4):837-43.
4. Ko PC, Liang CC, Lo TS, Huang HY. Six cases of tubal stump pregnancy: Complication of assisted reproductive technology? *Fertil Steril [Internet]*. 2011;95(7):2432.e1-2432.e4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2011.03.069>
5. Takeda A, Manabe S, Mitsui T, Nakamura H. Spontaneous ectopic pregnancy occurring in the isthmic portion of the remnant tube after ipsilateral adnexectomy: Report of two cases. *J Obstet Gynaecol Res*. 2006;32(2):190-4.
6. Jacob, Louis; Kalder, Mathias; Kostev K. Risk factors for ectopic pregnancy in Germany : a retrospective study of 100 , 197 patients Risikofaktoren für eine Extrateringravität in Deutschland : eine. *Ger Med Sci*. 2017;15:1-9- doi:10.5061/dryad.pv805.
7. Urman B, Fluker MR, Ho Yuen B, Bettina Fleige-Zahradka CG, Zouves CG, Young Moon CS. FERTILITY AND STERILITY The outcome of in vitro fertilization and embryo transfer in women with polycystic ovary syndrome failing to conceive after ovulation induction with exogenous gonadotropins. Vol. 57. 1992.
8. Keeping D, Harrison K, Sherrin D. Ectopic Pregnancy Contralateral to Unilateral GIFT. *Aust New Zeal J Obstet Gynaecol*. 1993;33(1):95-6.
9. Eskandar O, Eckford SD. Pelvic haematoma and severe gluteal bruising associated with Ehler-Danlos syndrome following posterior colpopereorrhaphy. *J Obstet Gynaecol (Lahore)*. 2009;29(1):68-9.
10. Sturlese E, Retto G, Palmara V, De Dominicis R, Lo Re C, Santoro G. Ectopic pregnancy in tubal remnant stump after ipsilateral adnexectomy for cystic teratoma. *Arch Gynecol Obstet*. 2009;280(6):1015-7.
11. Kumari P ; Departement of Obstetrics and Gynaecology, Lady Hardinge Medical College, New Delhi 110001, India ; Lal P. Ectopic pregnancy in tubal remnant. *J Case rep*. 2015;5(1) :24-25.