



Cas Clinique

Grossesse Extra-Utérine Rompue de Diagnostic Tardif

Failed diagnosis of a ruptured ectopic pregnancy and late surgical treatment

Diarra Lassény¹, Samaké Alou², Konaté Moussa², Keita Mamadou², Diallo Mamadou², Traore Soumana O⁵, Mariam Maiga², Traore Ousmane³, Traoré Drissa⁴

1. Centre National d'appui à la lutte contre la Maladie
2. Centre de santé de référence de la commune VI Bamako/Mali
3. Hôpital mère enfant le Luxembourg
4. Centre hospitalo - universitaire du Point G service de chirurgie B
5. Centre de santé de référence de la commune V Bamako/Mali

Mots clés : GEU rompue, Erreur diagnostique, Retard diagnostique.

RÉSUMÉ

La grossesse extra utérine rompue est une pathologie fréquente mais aussi une urgence chirurgicale qui peut passer inaperçue du fait de sa symptomatologie polymorphe. Le but de cet article est d'en rapporter un cas d'erreur et de retard diagnostique, qui a été orienté en premier en hépato gastro entérologie pour une hépato-splénomégalie et une douleur abdominopelvienne diffuse associée à une anémie. Le diagnostic définitif de grossesse extra utérine rompue n'a été obtenu qu'après 17 jours grâce à un nouvel interrogatoire, une échographie et un test beta HCG urinaire réalisé en urgence. La patiente a été opérée 25 jours après le diagnostic. Elle n'a pas reçu de transfusion et les suites opératoires ont été simples.

ABSTRACT

Although ruptured ectopic pregnancy is common, it is a surgical emergency which may be misdiagnosed because of malicious clinical presentations. The aim of this work is to report a diagnostic error which led to a late diagnosis. In fact, the patient was erroneously referred to hepatogastroenterology department because of abdominopelvic pain, hepatosplenomegaly and anemia. Correct diagnosis was done seventeen days after the first consultation with a combination of history, ultrasound and BHCG dosage. The patient was operated 25 days after diagnosis. She was not transfused. The postoperative course was uneventful.

INTRODUCTION

La grossesse extra-utérine (GEU) correspond à la nidation et au développement de l'œuf en dehors de la cavité utérine. Son incidence a doublé ou triplé au cours des dernières années dans les pays industrialisés. L'estimation de son incidence selon les pays est 12 à 14 pour 1000 grossesses. Cette incidence est estimée à 20 pour 1000 grossesses en France. La grossesse extra-utérine constitue une pathologie grave car elle reste la première cause de mortalité du premier trimestre de grossesse. En outre, elle compromet significativement la fertilité ultérieure.

Le diagnostic clinique est évoqué devant des métrorragies et/ou des douleurs pelviennes associées à un retard de règles ou des règles anormales. Dans de nombreux pays africains, l'échographie demeure le seul outil diagnostique à la disposition du praticien, les B-HCG n'étant pas toujours faciles à obtenir et les dosages urinaires par bandelette peu sensibles.

L'interprétation des résultats échographiques peut avoir pour conséquence: soit une attitude attentiste aboutissant à l'aggravation du tableau, soit une attitude hâtive aboutissant à des interventions abusives.

Nous rapportons un cas de grossesse extra utérine rompue ayant évolué environ 45 jours avant d'être opérée. L'accent est mis sur les errements diagnostiques et sur le risque vital encouru par la patiente à cause du retard de diagnostic.

OBSERVATION

Il s'agit d'une patiente malienne âgée de 32 ans, ménagère, G8P7V7, intervalle inter gésésique de 2 à 3 ans environ, n'ayant aucun antécédent particulier. Elle a consulté au centre de santé de Yorosso à l'intérieur du pays pour douleur abdominale diffuse à début brutal, évoluant depuis deux semaines environ. Une échographie abdominopelvienne réalisée le 11 mars 2019 a décrit une hépato splénomégalie avec parenchyme hépatique échogène et conclu à un foie cirrhotique. Ainsi, elle a été référée à Bamako au service de gastroentérologie au

CHU Gabriel Touré. Elle a été reçue dans ce service le deux jours plus tard et l'échographie abdominopelvienne a décrit une hépato splénomégalie homogène, une ascite hématique de grande abondance (**figure 1**) et une masse annexielle droite de 50 x 48 mm. Après ponction du liquide hématique, les diagnostics de tumeur ovarienne droite et de carcinose péritonéale ont été évoqués.

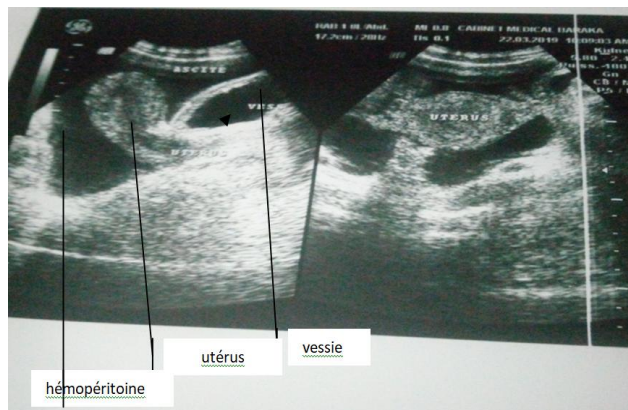


Figure 1 : échographie du 13/03/2019 montrant un hémopéritoine de grande abondance et un utérus vide

Les résultats des autres explorations dans le service de gastro-entérologie étaient les suivants :

- fibroscopie oeso gastroduodénale : petites dilatations veineuses bleutées sous muqueuses 2/3 inférieure en faveur d'une hypertension portale, une discrète antrite érythémateuse.
- Numération formule sanguine : hémoglobine à 7g/dl: anémie normochrome normocytaire +thrombocytose
- créatininémie, glycémie, protéinogramme, alpha fœto protéine, électrophorèse des protéides : normaux
- sérologies hépatite B et C : négatives.
- Le taux de prothrombine : 64%

Sur la base de ces résultats, un traitement médical a été instauré : Aldactone 75 mg (1 comprimé matin et soir), Duphalac (1 sachet 3 fois par jour), Tramogén 50 mg (1 gélule 3 fois par jour), Flexnor 400 mg (1 comprimé matin midi et soir). Devant la persistance des symptômes, elle nous consulte le 28/03/2019 pour la suite de sa prise en charge.

A l'interrogatoire le début de la symptomatologie est d'environ un mois. Elle a commencé par une douleur abdominale à début brutal de siège hypogastrique secondairement diffuse à tout l'abdomen. A l'arrivée elle signale une dyspnée d'effort et des vertiges à la station debout. Il n'y a pas de notion de contraception. L'examen trouve une patiente tachycarde, la tension artérielle était de 90/50 mm Hg

A l'examen physique, une discrète distension abdominale, une pâleur conjonctivale. A la palpation abdominale une splénomégalie stade III, une hépatomégalie avec un foie aux bords réguliers, une douleur abdominale diffuse et une défense surtout au niveau de la fosse iliaque droite. Au toucher vaginal

douglas bombé et douloureux, le doigtier ramène des traces de sang très noir, l'utérus de taille normale, une masse lateroutérine droite aux contours irréguliers de mobilité limitée.

A la suite de cet examen on a posé le diagnostic de grossesse extra utérine rompue. L'échographie de confirmation a montré un hémopéritoine de grande abondance et une masse lateroutérine droite. Un test beta HCG urinaire immédiat est revenu fortement positif. Une laparotomie d'urgence a été proposée, la patiente et ses parents ont demandé un temps de réflexion probablement, il y avait un doute sur le diagnostic de grossesse extra utérine rompue. La patiente a été revue le 22/04/2019. L'échographie de ce jour a conclu à un péritoine sec, une masse lateroutérine droite de 58x43 mm, une hépato splénomégalie homogène d'origine parasitaire probable. La patiente était améliorée sur le plan clinique : absence de vertiges, conjonctives moyennement colorées, tension artérielle de 100/60 mm Hg. A la numération formule sanguine, le taux d'hémoglobine était à 10,8g/dl et le taux d'hématocrite à 33,2%. Elle était de groupe rhésus positif (o+).

La malade a été opérée deux jours plus tard. La thérapie réalisée a consisté en une laparotomie sous anesthésie générale le 24/04/2019 soit 1 mois et 13 jours après la rupture de la grossesse extra-utérine: absence d'hémopéritoine mais présence de traces de sang noirâtre dans le douglas, masse lateroutérine droite en voie de nécrose recouverte par le péritoine et fissure sur la trompe (**figure 2**).

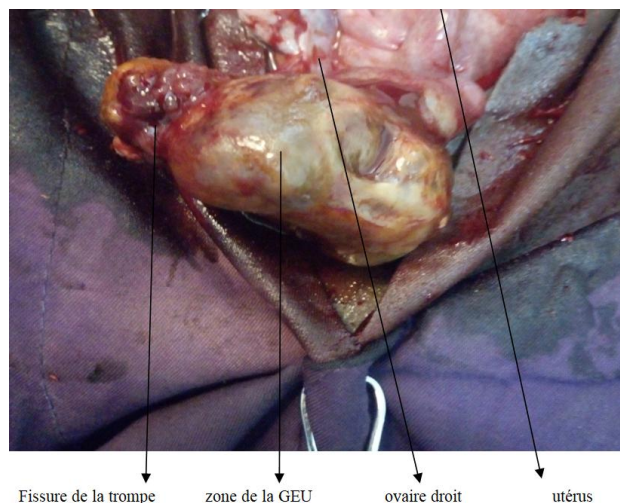


Figure 2: per opératoire. Masse lateroutérine droite avec une fissure sur la trompe droite

Nous avons procédé à une adhésiolyse puis à une salpingectomie droite (**figure 3**). La trompe controlatérale était d'aspect normal, la pièce a été conditionnée et envoyée à l'examen anatomopathologique dont la conclusion était : aspect histologique d'une grossesse tubaire avec une nécrose ischémique



Figure 3 : Pièce opératoire : salpingectomie droite

Les suites opératoires ont été simples. La durée d'hospitalisation a été de trois jours.

DISCUSSION

La grossesse extra-utérine (GEU) correspond à la nidation et au développement de l'œuf en dehors de la cavité utérine [1]. Son incidence a doublée ou triplée au cours des dernières années dans les pays industrialisés. L'estimation de son incidence selon les pays est 12 à 14 pour 1000 grossesses. Cette incidence est estimée à 20 pour 1000 grossesses en France [2]. Dans les pays en développement notamment en Afrique subsaharienne, l'incidence de la GEU est située entre 0,5 à 3,5% selon Bruno au Cameroun[3], Akaba au Nigeria [4], Nayama au Niger [5]. La grossesse extra-utérine constitue une pathologie grave car représente encore la première cause de mortalité du premier trimestre de grossesse et elle compromet significativement la fertilité ultérieure [2]

Son diagnostic clinique est évoquée devant l'existence de métrorragies et ou de douleurs pelviennes associées à un retard de règles ou des règles anormales. Toute douleur pelvienne aiguë chez une femme en âge de procréer doit conduire en urgence au dosage sanguin du taux de bêta-HCG. Si ce dernier est positif et en présence d'un hémopéritoine, le diagnostic de rupture du sac gestationnel d'une GEU ou de la trompe porteuse doit toujours être évoqué [6]. Dans les cas d'hémopéritoine aigu un simple dosage urinaire positif suffit à orienter le diagnostic d'une grossesse extra utérine [2].

Le retard dans le diagnostic conduit dans la majorité des cas à la laparotomie face aux formes évoluées de la grossesse extra-utérine [7]. L'échographie elle, reste la méthode la plus sensible pour évaluer une grossesse extra-utérine et de détecter une hémorragie pelvienne, de manière large l'échographie est réalisée en urgence en première intention devant des douleurs abdominales chez la femme en âge de procréer [8,9]. Cependant l'interprétation des résultats échographiques peut avoir pour conséquence :soit une attitude attentiste aboutissant à l'aggravation du tableau, soit une attitude hâtive aboutissant à des interventions quelquefois abusives [10] La cœlioscopie est le traitement de référence de la grossesse extra-utérine. Cependant en Afrique sub

saharienne la laparotomie reste le choix thérapeutique à cause du retard diagnostique et de l'insuffisance du plateau technique [4,11]. Ainsi dans leurs études au Tchad ? Gabkika Bray Madoue et al ont réalisé une laparotomie chez toutes leurs patientes [12]. A Madagascar D M A Randriambololona et al ont procédé à une laparotomie chez 100% des patientes [13], le traitement s'est fait exclusivement par la laparotomie dans l'étude de N'dinga Hg et al [14].

Dans certaines études, la GEU était associée à une faible parité [15]. Dans notre étude, sa parité était de 7 sans antécédents d'avortement ni de contraception ni d'infection sexuellement transmise. Dans notre étude, l'insuffisance de l'interrogatoire et le résultat de l'interprétation des résultats échographiques ont été responsables du retard de la prise en charge 45 jours environ. Dans une étude Marocaine un cas de GEU rompue le délai de prise en charge a été de 20 jours [16]. Dans sa série N'dinga Hg et al [14] ont, également trouvé que l'interprétation du résultat de l'échographie a été responsable d'un retard à l'acte chirurgical allant de 30 mn à 5 jours.

CONCLUSION

Dans notre étude l'insuffisance de l'interrogatoire et le résultat de l'interprétation des résultats échographiques ont été responsable de l'erreur diagnostique et du retard de la prise en charge ; mettant ainsi en danger la vie de la patiente. En Afrique subsaharienne la prise en charge de la GEU est une pathologie fréquente, le diagnostic est le plus souvent fait au stade de rupture, ainsi le traitement est le plus souvent radical. Le pronostic maternel est bon avec un séjour hospitalier court le plus souvent.

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] Gervaise A, Fernandez H. Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la GEU. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2010 ; 39S : 14-24.
- [3]. Bruno K, Michel N, Adamo B, et al. La grossesse extra-utérine dans une région semi-rurale en Afrique: Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques à propos d'une série de 74 cas traités à l'Hôpital de District de Sangmelima au Sud-Cameroun. *Pan Afr Med J* 2012; 13: 71.
- [4]. 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.
- [5] Nayama M, Gallais A, Ousmane N, et al. Management of ectopic pregnancy in developing countries: example of a Nigerian referencematernity. *Gynecol Obstet Fertil* 2006; 34(1): 14-8
- [6]. Ingrid Millet, Emmanuelle Bouic-Pages, Chakib Alili: L'Hémopéritoine comment gérer? *Imagerie de la Femme* (2014) 24, 84 - 91.
- [7] Nabil Mathlouthi, Olfa Slimani, Amira Ferchichi et al. Traitement médical de la grossesse extra utérine. *La Tunisie médicale* - 2013 ; Vol 91 (n°07) : 435-439.

- [8] Fleischer AC, Pennell RG, McKee MS, et al. Ectopic pregnancy: features at transvaginalsonography. *Radiology* 1990;174:375– 8.
- [9] Frates MC, Brown DL, Doubilet PM, et al. Tubal rupture in patients with ectopic pregnancy: diagnosis with transvaginal US. *Radiology* 1994;191: 769–72.
- [10] Tidiane Cisse C, El Badaoui Belafia, Faye Dieme M.E, Moreau J.C. Intérêt du mini-pfannestiel dans le diagnostic précoce de la grossesse extra-utérine en milieu africain. *Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé* 2003 ; 13 : 191-5.
- [11] Randriambololon A.DMA, Anjharisoaniaina.N T), Hariol Y. J M O et al. Prise en charge de la grossesse extra-utérine à l'Hôpital Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana Antananarivo Madagascar. *Revue d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'Urgence* 2012; 4(1): 16-19.
- [12] Gabkika Bray Madoue, Abdelsalam Saleh, Ilboudo Serge R. Wilfried, Adoum Tchari, Domga Kolomso : Grossesse extra-utérine : Aspects épidémiologiques et Pronostic maternel à l'Hôpital de district de N'Djamena sud (Tchad), *Kisangani Médical* Juin 2015, Vol 6 num 1, p 115
- [13] D M A Randriambololona et al: Prise en charge de la grossesse extra-utérine à l'Hôpital Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana Antananarivo Madagascar, *Revue d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'Urgence* 2012; 4(1): 16-19.p17
- [14] N'dinga Hg , Matoko C , Babelessa L , Angouono-Moke J : Impact du profil échographique de la grossesse extra utérine sur le délai d'intervention à l'hôpital de base de Talangäi.....
- [15] Shohreh MK, Farid A, Hania S. Frequency of Surgery in Patients with Ectopic Pregnancy After Treatment with Methotrexate. *Clin Med J* 2015; 1(4): 126-30
- [16] Yamina Omari : les hémorragies intra abdominales non traumatiques (à propos de 46 cas) thèse de médecine 2018 Maroc N 84 P 20-67