



Cas Clinique

Grossesse Abdominale de Diagnostic Tardif avec Naissance Vivante : À Propos d'un Cas

Late diagnosis of an abdominal pregnancy with a born alive child: a case report

Serge Robert Nyada^{1,2,3}, Michelle Mendoua², Cliford E Ebong^{2,4}, Claude Cyrille Noa Ndoua^{1,2}, Stéphane Etémé Messi³, Jackson L Ebune³

¹ Centre Hospitalier de Recherche et d'Application en Chirurgie Endoscopique et Reproduction Humaine Paul et Chantal Biya – Yaoundé (CHRACERH)

² Département de Gynécologie Obstétrique, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I - Cameroun

³ Hôpital Dominicain Saint Martin de Porrès, Yaoundé – Cameroun

⁴ Hôpital Central de Yaoundé – Cameroun.

Auteur correspondant : NYADA Serge Robert : sergenyadar@yahoo.fr tél 677600154, 699372157

Mots clés : Grossesse abdominale – diagnostic tardif – nouveau-né vivant – Cameroun

Key words : Abdominal pregnancy – late diagnosis – live baby – Cameroon

RÉSUMÉ

La grossesse abdominale constitue une éventualité rare des grossesses extra-utérines correspondant à l'implantation du trophoblaste dans la cavité péritonéale. Le diagnostic et la prise en charge sont difficiles. Nous rapportons le cas d'une patiente de 26 ans qui a consulté à l'Hôpital Dominicain Saint Martin de Porrès de Mvog Betsi à Yaoundé pour une grossesse abdominale évolutive à un âge gestationnel de 27 semaines. Malgré la présence de signes évocateurs et le nombre d'échographies réalisées, le diagnostic de grossesse abdominale n'avait pu être établi que tardivement. Nous avons procédé à une laparotomie à 37 semaines et extrait un nouveau-né vivant sain. L'ablation du placenta a été complète. Nous n'avons noté aucune complication maternelle ou fœtale. L'importance de ce cas est de souligner la difficulté à poser le diagnostic de grossesse abdominale dans notre environnement malgré le recours plus fréquent à l'échographie et la possibilité d'accouchement à terme d'enfant sain.

ABSTRACT

Abdominal pregnancy is a rare form of ectopic pregnancy resulting from implantation of a fertilized ovum in the peritoneum. Diagnosis and management of abdominal pregnancy are difficult. We report a case of 26-year-old female presenting at 27th week of pregnancy for abdominal pregnancy at Hôpital Dominicain Saint Martin de Porrès - Mvog Betsi - Yaounde. Even if she had allusive symptoms of abdominal pregnancy and she had performed previous ultrasonographies, the diagnosis was established lately during pregnancy. She delivered at 37th week a non dysmorphic live baby. The placenta was entirely removed and no maternal or fetal complication was noticed. The importance of this case report is to highlight the difficulties to establish the diagnosis of abdominal pregnancy in our setting and to underline the possibility of a full term delivery of non-dysmorphic live baby.

INTRODUCTION

La grossesse abdominale se définit comme une implantation trophoblastique dans la grande cavité péritonéale, constituant ainsi une localisation rare de la grossesse extra utérine (GEU). Elle représente 1,3% à 4,3% des GEU selon les études [1, 2] et pose la problématique du diagnostic et de la prise en charge. La prévalence des grossesses abdominales en Afrique varie entre 1 /1134 en Afrique du Sud, 1/2583 à Dakar [3] et 1/3750 accouchements à Libreville [4]. Le diagnostic est difficile. Quarante à 45% des cas de grossesses abdominales sont découverts avant l'accouchement [1,5]. Ramachandran et al [6] souligne que l'échographie couplée à un examen clinique permettent le diagnostic positif de 50% des cas de grossesses abdominales. La mortalité maternelle est située entre 0 et 30% selon les

publications [4,6]. Tandis que la mortalité périnatale varie de 40 à 100% selon les études [1,4,7]. Nous rapportons le cas d'une naissance vivante sur une grossesse abdominale à 37 semaines à l'Hôpital Saint Martin de Porres.

OBSERVATION MÉDICALE

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 26 ans, G3P2002 (2 enfants vivants), coiffeuse et célibataire. Elle a été référée dans nos services à un âge gestationnel de 27 semaines, pour la prise en charge d'une grossesse abdominale de découverte échographique ; l'échographie ayant été faite un mois plus tôt.

La grossesse actuelle avait été marquée par la survenue à la 9^{ème} semaine d'aménorrhée d'un épisode de saignement per vaginal minime et de pelvialgie motivant une consultation. Une échographie pelvienne réalisée avait rapporté la présence d'un sac gestationnel intra-

utérin non embryonné, des annexes normales et le résultat en faveur d'une grossesse arrêtée avait indiqué la réalisation d'une aspiration manuelle intra-utérine. La récurrence de la pelvialgie avait motivé durant les mois suivants la réalisation de trois échographies dont les conclusions respectives étaient celles d'une grossesse intra utérine monofoetale normale évolutive de 16, 17 et 23 semaines. Une 5ème échographie faite à la suite d'un autre épisode de douleur abdomino-pelvienne avait révélé pour la première fois la présence d'une grossesse abdominale monofoetale évolutive de 25 semaines.

La patiente avait fait un suivi prénatal de qualité moyenne. Le bilan prénatal comportant les sérologies VIH, syphilis, hépatite virale B et C, un prélèvement vaginal et une bandelette urinaire était normal. Elle avait un antécédent d'infertilité secondaire de deux ans et de sérologie chlamydiae positive non documentée.

Compte tenu de l'âge gestationnel avancé, nous avons opté pour une approche par l'expectative en accord avec la patiente et continué le suivi prénatal de celle-ci. En raison de la persistance de douleur abdominale d'intensité modérée à sévère, évaluée entre 7 et 9 selon l'échelle visuelle analogique (EVA), une administration régulière d'antalgique et d'antispasmodique (paracétamol et phloroglucinol) était faite.

Nous avons réalisé une laparotomie à la 37ème semaine par une incision médiane sus et sous ombilicale. Les constatations opératoires étaient : un utérus non gravide augmenté de taille, un sac gestationnel inclus dans le ligament large gauche avec fœtus vivant de sexe masculin pesant 2400g en position transversale sans déformation apparente, la trompe gauche non visualisée, une insertion du placenta sur la face antérieure du ligament large gauche et le bord gauche de l'utérus, l'annexe droite adhérente à l'utérus. Nous avons procédé à une extraction fœtale et une résection du ligament large gauche emportant la totalité du placenta et l'annexe gauche. Les pertes sanguines étaient estimées à 1300cc de sang. Une unité de culot globulaire compatible avait été transfusée durant l'intervention chirurgicale. Le suivi post opératoire avait été normal et la patiente était sortie au 5ème jour. Une échographie abdominopelvienne faite ce jour était sans particularité.

DISCUSSION

La grossesse abdominale constitue une localisation rare de la grossesse extra utérine et partage les mêmes facteurs de risque que celle-ci [8]. D'autres facteurs de risque ont été identifiés, il s'agit des avortements à répétition, du bas niveau socioéconomique, d'un mauvais suivi prénatal et de la fécondation in vitro [6,9]. Dans le cas que nous présentons, la patiente est issue d'un milieu socioéconomique peu favorisé, a présenté une infertilité secondaire de deux ans et a rapporté un antécédent non documenté de sérologie chlamydiae positive.

Les critères de Studdiford permettent de distinguer les grossesses abdominales primitives des grossesses abdominales secondaires. Les grossesses abdominales primitives sont exceptionnelles et correspondent à une implantation directe de l'œuf fécondé sur le péritoine par retard de captation. Les localisations primitives sont le cul

de sac de Douglas, la face postérieure de l'utérus, le fond utérin, le foie, la rate et le diaphragme [1]. Les grossesses abdominales secondaires, plus fréquentes, sont décrites comme une greffe après un avortement tubaire ou une brèche utérine. Selon Picaud et al, l'appréciation des critères de Studdiford est difficile au-delà du 6ème mois [4]. Dans notre cas, nous n'avons pas pu vérifier l'intégrité des annexes et de la paroi utérine du fait de l'implantation du placenta sur l'annexe gauche et le ligament large gauche. Nous pouvons néanmoins formuler l'hypothèse d'une grossesse secondaire à un avortement tubaire ou une rupture de GEU consécutive à l'épisode de saignement et de pelvialgie survenu à la 9ème semaine ; l'aspiration manuelle qui s'en est suivie pouvant également constituer une brèche utérine.

Les signes cliniques évocateurs de grossesse abdominale ne sont pas spécifiques et sont plus souvent retrouvés en cas de grossesse avancée. Il peut s'agir de douleur abdominale synchrone des mouvements actifs fœtaux, parfois accompagnée de troubles du transit intestinal, de la palpation des parties fœtales sous la peau maternelle, d'une anomalie de la forme de l'abdomen maternel liée la présentation fœtale anormale, un col utérin dur long et fixé sous la symphyse pubienne [7,10]. Ces signes étaient retrouvés chez notre patiente à son arrivée dans le service. Des complications de type hémopéritoine, anémie, hémorragie digestive, oligurie, compression urétérale, fistule cutanée, fistule amnio digestive ou échec d'induction constituent également des circonstances de découverte de grossesse abdominale [7,8].

La plupart des études relève le caractère tardif du diagnostic dans les pays en voie de développement [1,4,8]. Faller et al [11] souligne l'importance de l'échographie du premier trimestre dans le diagnostic précoce de la grossesse abdominale en insistant sur la prééminence de la voie endovaginale et la visualisation des annexes comme éléments déterminants. Les signes échographiques de grossesse abdominale sont : l'absence de visualisation de la paroi utérine entre la vessie maternelle et le fœtus, la localisation du placenta en position extra-utérine, la visualisation des parties fœtales proches de la paroi abdominale maternelle, la présentation anormale du fœtus et l'absence de liquide amniotique entre le placenta et le fœtus [1,5]. Dans le cas que nous décrivons, malgré le fait que la patiente ait consulté tôt et fait une échographie au premier trimestre et d'autres après l'aspiration manuelle intra-utérine, il a fallu attendre la 25ème semaine et la cinquième échographie pour que le diagnostic de grossesse abdominal soit évoqué. La compétence des techniciens et la qualité de ces échographies sont questionnables ; la première échographie documentée n'étant pas endo-vaginale.

Les explorations comme le scanner et l'IRM permettent en cas de doute de confirmer le diagnostic et de déterminer les limites d'insertion du placenta [1,7,12]. En cas de grossesse abdominale précoce, la coelioscopie constitue un outil essentiel avec un double rôle à la fois diagnostique et thérapeutique.

La prise en charge de la grossesse abdominale d'âge avancé est essentiellement chirurgicale. Il n'existe pas de consensus sur le délai de l'accouchement et la patiente

doit être informée des risques encourus à poursuivre la grossesse [6]. L'hémorragie du site d'implantation du placenta peut être massive si les vaisseaux ne sont pas identifiés et ligaturés. L'ablation du placenta augmente les risques d'hémorragie et de transfusion sanguine [2]. De l'autre côté, l'approche conservatrice consistant à laisser en place le placenta comporte des risques de péritonite, d'abcès, d'occlusion intestinale, de pré éclampsie, de ré-intervention chirurgicale et d'hospitalisation prolongée [5,6]. Dans notre cas, l'ablation du placenta a été complète, emportant l'annexe gauche et la majeure partie du ligament large gauche.

La morbidité et la mortalité maternelles restent une préoccupation essentielle. Si mortalité maternelle se situe entre 0 et 30% selon les études, Picaud et al ne note pas de décès dans sa série au Gabon [4]. Il relève toutefois que la morbidité est liée aux complications chirurgicales et que l'utilisation du méthotrexate en cas de conservation du placenta réduit le risque de complications opératoires.

Concernant les malformations fœtales, leur prévalence varie de 20 à 40% [1,4]. Le taux de mortalité fœtale selon les séries varie de 40 à 100% [1,4,7]. L'hypotrophie fœtale et l'oligoamnios en sont les principales causes.

CONCLUSION

La grossesse abdominale aboutissant à une naissance vivante d'un enfant sain est une éventualité rare. Le diagnostic anténatal demeure difficile dans notre contexte malgré la vulgarisation de la pratique des échographies. Nous rappelons l'intérêt d'évoquer la suspicion de grossesse abdominale devant toute grossesse accompagnée de douleurs abdominales persistantes en présence de facteurs de risque et de libeller le bulletin d'examen échographique de façon adéquate.

CONFLITS D'INTÉRÊT

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

CONTRIBUTIONS DES AUTEURS

Serge Robert Nyada, Stéphane Etémé Messi et Jackson L Ebune ont opéré et réalisé le suivi de la patiente dans les suites opératoires. Serge Robert Nyada a rédigé le manuscrit ; Michelle Mendoua, Clifford E Ebong, Jackson L Ebune et Stéphane Etémé Messi ont lu et corrigé le manuscrit. Claude Cyrille Noa Ndoua a supervisé la rédaction du manuscrit. Tous les auteurs ont validé la version finale de l'article.

RÉFÉRENCES

1. Riethmuller D, Courtois L, Maillet R, Schaal JP. Prise en charge de la grossesse extra-utérine : les autres ectopies (cervicales et abdominales). *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2003 ;32 : 3S101-3S108. Pubmed | Google Scholar

2. Ayinde OA, Aimakhu CO, Adeyanju OA, Omigbodun AO. Abdominal pregnancy at the university college hospital, Ibadan: a ten-year review. *Afr J Reprod Health* 2005; 9(1) :123-127. Pubmed | Google Scholar
3. Randrianantoanina F, Rakotosalama D, Rainibarijaona L, Rakotolomalala JP, Ravelosoa E, Andrianampanalinarivo H et al. La grossesse abdominale : à propos d'un cas observé à Madagascar. *Med Trop* 2006 ; 66 : 485-487.
4. Picaud A, Ella Edogha R, Ozouaki F, Nlome-Nze AR, Faye A, Ogowet-Igumu N et al. Grossesse abdominale: A propos de 11 cas. *Médecine d'Afrique Noire* : 1990 ; 37(9) :483-487.
5. Chung PC, Chua KH, Hameed MSS, Mathur M, Lee WKR. Undiagnosed abdominal term pregnancy with good neonatal outcome. *Case Reports in Obstetrics and Gynecology*.2009. doi.org/10.1155/2019/2460485. Pubmed | Google Scholar
6. Ramachandran K, Kirk P. Massive hemorrhage in a previously undiagnosed abdominal pregnancy presenting for elective cesarean delivery. *Can J Anesth* 2004 ;51(1) :57-61.
7. Rabarijaona HZ, Rakotovafo JP, Rakotorahalahy MJM, Randriamiarana JM. La grossesse abdominale. *Médecine d'Afrique Noire* : 2000 ; 47(11) :460-463.
8. Fouelifack FY, Fouogue JT, Fouedjio JH, Sando Z. Viable abdominal pregnancy: a case report in Yaoundé (Cameroon). *Pan Afr Med J*. 2014 ;18 :181 Pubmed |Google Scholar
9. Yoder N, Tal R, Martin JR. Abdominal ectopic pregnancy after in vitro fertilization and single embryo transfer: a case report and systematic review. *Reproductive Biology and Endocrinology*. 2016 ; 14(69) doi 10.1186/s12958-016-0201-x Pubmed |Google Scholar
10. Siati A, Berrada T, Baidada A, Kharbach A. Abdominal pregnancy with a healthy newborn : a new case. *Pan Afr Med J*. 2019 ; 34 (35). doi :10.11604/pamj.2019.34.35.20169. Pubmed|Google Scholar
11. Faller E, Kauffmann E, Chevrete S, Heisert M, Ranjatoelina H, Boumahni B et Al. Grossesse abdominale menée à terme. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2006 ;35(7) : 732-735.
12. Shurie S, Ogot J, Poli P, Were E. Diagnosis of abdominal pregnancy still a challenge in low resource settings: a case report on advanced abdominal pregnancy at a tertiary facility in Western Kenya. *Pan Afr Med J*. 2018 ; 31(239). doi: 10.11604/pamj.2018.31.239.17766. Pubmed |Google Scholar

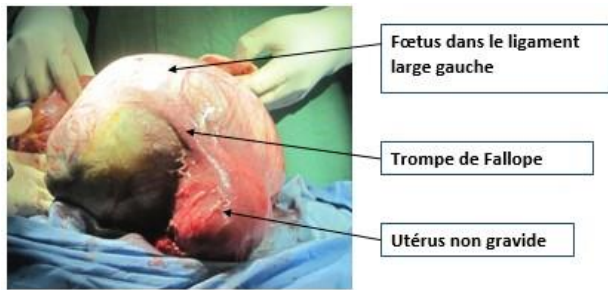


Fig 1 : Vue opératoire latérale droite de l'utérus.



Fig 2 : Vue opératoire du nouveau-né

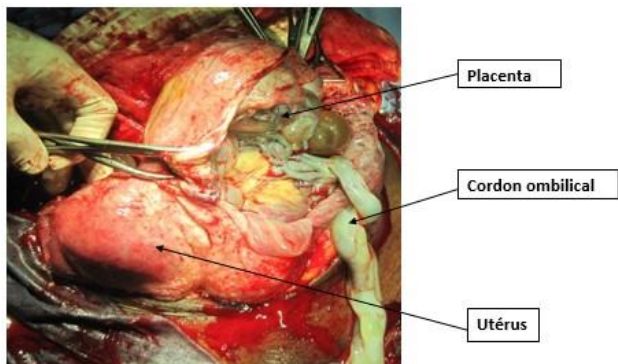


Fig 3 : Vue opératoire de l'utérus et placenta

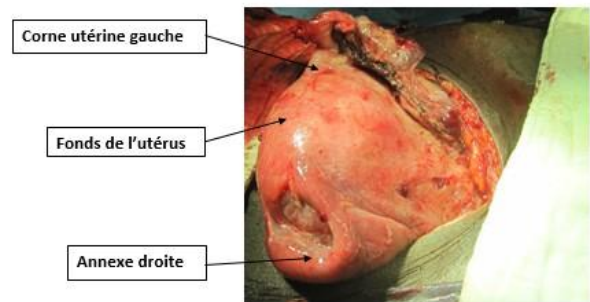


Fig 4 : Vue opératoire de l'utérus après réparation



Fig 5 : Nourrisson à l'âge de 5 mois