Health Sciences & Disease
The Journal of Medicine and Biomedical Sciences
EISSN: 2309-6535 ISSN: 1684-2782

Case Report

# Grossesse Hétérotopique Spontanée : A Propos D'un Cas.

## *Spontaneous Heterotopic Pregnancy: A Case Report*

Kouao Jean Paul[1,2], Silue Franck[2], Guemelin Emmanuel[2], Sidibé Moussa[2], Tuo Issa[4], Yeffe Francklin[2], Sako[3].

https://doi.org/10.67260/hsd.v27i9.7851

**Affiliations**
1- Unité de Formation et de Recherche (UFR) Sciences médicales, Université Félix Houphouët Boigny (Abidjan Côte d'Ivoire)
2- Service de Radiologie, Centre Hospitalier et Universitaire de Treichville (Abidjan, Côte d'Ivoire)
3- Service de Gynécologie, Clinique médicale du Rond-point (Abidjan, Côte d'Ivoire)
4- Service de Radiologie, Centre Hospitalier et Universitaire de Yopougon (Abidjan, Côte d'Ivoire)
**Auteur correspondant** : Kouao Jean Paul
Email : stephkouao@hotmail.fr

**Article history**
Submitted: 3 July 2026
Revisions requested: 7 August 2026
Accepted: 25 August 2026
Published: 30 August 2026

**RÉSUMÉ**

La conception spontanée et simultanée d'une grossesse intra-utérine et extra-utérine est rare. Mais l'essor des techniques d'assistance médicale à la procréation a contribué à l'augmentation de l'incidence de ce type de grossesse. Les enjeux majeurs de la prise en charge de la grossesse hétérotopique sont le diagnostic précoce de la grossesse extra-utérine et son traitement chirurgical avec des gestes les moins invasifs possible en cas de rupture afin de préserver les chances d'évolution de la grossesse intra-utérine. Nous rapportons un cas de grossesse hétérotopique spontanée dont la grossesse extra-utérine s'est rompue imposant une prise en charge chirurgicale en urgence et ayant permis l'évolution de la grossesse intra-utérine.

**ABSTRACT**

Spontaneous and simultaneous conception of an intrauterine and extrauterine pregnancy is rare. However, the rise in assisted reproductive technologies has contributed to an increase in the incidence of this type of pregnancy. The major challenges in managing heterotopic pregnancy are early diagnosis of ectopic pregnancy and surgical treatment with the least invasive procedures possible in the event of rupture, in order to preserve the chances of the intrauterine pregnancy continuing. We report a case of spontaneous heterotopic pregnancy in which the ectopic pregnancy ruptured, requiring emergency surgical management, which allowed the intrauterine pregnancy to progress.

## INTRODUCTION

La grossesse hétérotopique ou diploïque est définie par la coexistence d'une grossesse intra-utérine (GIU) et d'une grossesse extra-utérine (GEU) quelle que soit sa localisation, chez la même patiente. C'est une pathologie souvent méconnue qui pose un problème diagnostique et qui peut entraver le pronostic vital de la femme. Bien que son incidence ait augmenté du fait du développement des techniques d'assistance médicale à la procréation (AMP), la survenue de ce type de grossesse reste plutôt rare en cas de conception spontanée [1,2]. Le pronostic maternel, comparable à celui des grossesses extra-utérines est plutôt bon avec moins de 1% de taux de mortalité, mais l'évolution de la grossesse intra-utérine dépend directement de la précocité du diagnostic et de la prise en charge [3]. Nous en rapportons un cas à travers lequel nous décrirons la modalité diagnostique, la prise en charge de la GEU et l'évolution de la grossesse intra utérine.

## OBSERVATION

Il s'agit d'une patiente de 34 ans G5 P0 dont une interruption volontaire de grossesse et trois fausses couches dans un contexte d'infection génitale à répétition admis pour métrorragie et pelvialgie. Le début des symptômes remonterait à la veille de son admission par la survenue d'une pelvialgie intense, (EN : 8 /10) associée à une métrorragie peu abondante évoluant dans un contexte de trouble du cycle, ce qui aurait motivé son admission.
A son arrivée on notait une T.A : 100/85 mm, Hg FC : 115 bpm, conjonctives peu colorée.



Copyright©2026: The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license

Au spéculum on objectivait des métrorragies avec le doigtier qui était souillé de sang noirâtre au toucher vaginal.
Devant cette symptomatologie une échographie pelvienne (voie sus pubienne) a été réalisée et a permis de mettre en évidence un sac gestationnel intra-utérine embryoné de 8 semaines d'aménorrhée + 3 jours et une masse annexielle droite embryonné associée à un épanchement liquidien intrapéritonéal dans le Morrison.
Devant ce tableau clinique le diagnostic de grossesse hétérotopique avec GEU rompue droite a été posé et par la suite a été indiqué pour une laparotomie et salpingectomie.
En post opératoire les contrôles échographiques réalisés ont montré la bonne évolutivité de la grossesse intra utérine avec cerclage du col utérin.

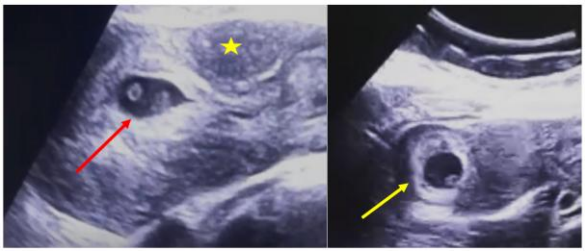

**Figure 1** : Echographie diagnostique mettant en évidence les deux grossesses embryonnés, la grossesse extra utérine (flèche jaune) et la grossesse intra utérine (flèche rouge) sur utérus myomateux FIGO 4 (étoile jaune).

**Figure 2** : Laparotomie mettant en évidence l'ovaire droit (étoile jaune) et la grossesse extra utérine (flèche jaune)

## DISCUSSION

La fréquence des grossesses hétérotopiques ne cesse de croitre depuis l'avènement de l'assistance médicale à la procréation, en effet elle est estimée à 1/100 cas contre 1/30000 en cas de grossesse spontanée [2]. L'induction de l'ovulation, une erreur de transfert (Transfert d'embryon directement dans la trompe) ou la migration rétrograde de l'embryon en cas d'AMP expliquent la survenue aussi fréquente de grossesses hétérotopiques.
Cependant en cas de grossesse spontanée la théorie évoquée est la fécondation différée de deux ovules produit à un cours intervalle au cours du même cycle (superfécondation) ou lors d'une seconde ovulation produite au cours de la grossesse (superfétation). Jusqu'ici, aucune preuve qui soutenant ces théories n'a été apportée dans l'espèce humaine. Dans l'un ou l'autre des cas, la nidation ectopique résulte de l'altération des trompes elle-même secondaire à la recrudescence des infections sexuellement transmissibles et des chirurgies tubaires. Le fait que notre patiente aurait contracté des infections génitales, cela pourrait expliquer la survenue de cette grossesse hétérotopique par altération de la qualité des trompes [3]. Comme autre facteur de risque on retrouve également les antécédents de GEU et d'obstruction tubaire.
Sur le plan clinique la triade classique trouble du cycle, douleur pelvienne et métrorragie peut être présente en cas de grossesse combinée, cependant 50% sont totalement asymptomatiques, et lorsque le tableau est dominé par des signes de GIU, le diagnostic est difficile et trompeur faisant évoquer au premier plan une fausse couche. Cette éventualité est grave et la GEU non suspectée se manifestera par une rupture tubaire comme décrit dans notre cas, imposant alors une prise en charge en urgence [4,5].
L'échographie pelvienne est un élément clé du diagnostic, elle permet de dater la grossesse, donner son évolutivité, de localiser la GEU et de la différencier d'un kyste lutéinique hémorragique caractériser par la présence d'une formation ovalaire échogène avec de multiples cloisons donnant l'aspect en filet de pêche ou un niveau liquide-liquide avec une paroi épaisse et une vascularisation périphérique, elle se différencie de la GEU par la présence d'une double couronne [6]. Dans leur série, Risk et al retrouvaient que le diagnostic échographique préopératoire n'avait été posé que dans 10% des cas. L'examen des annexes doit donc être systématique après la mise en évidence de la GIU, surtout chez les patientes ayant des facteurs de risque de faire une GEU [4].
Le traitement a pour but d'interrompre la GEU tout en conservant au mieux la GIU. Les moyens peuvent être médicaux, chirurgicaux ou par abstention thérapeutique. Il y a lieu d'adapter l'option thérapeutique à la situation clinique et aux préférences de la patiente. Toutefois il est recommandé de procéder à une extraction chirurgicale de la grossesse ectopique en cas de GIU évolutive, le traitement au méthotrexate est un arsenal thérapeutique administré en cas
GEU non rompue et de béta HCG < 5000 UI/L (critère de Fernandez) et qui est délétère pour la GIU viable à cause de ces effets indésirables néfastes tel que le tératome sacro coccygien. [6]. Le diagnostic précoce, la prise en charge rapide et la localisation de la GEU sont les principaux facteurs de bon pronostic maternel. La prise en charge expectative est associée à un mauvais pronostic maternel,


Copyright©2026: The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license

quant au traitement chirurgical il est associé à un taux élevé de fausses couches (14,8 à 42,85% selon les auteurs [7,8,9,10].

## CONCLUSION

La grossesse hétérotopique est en progression constante avec l'avènement de l'assistance médicale à la procréation. La garder toujours à l'esprit en cas de terrain favorable est le seul moyen pour faire un diagnostic précoce et d'en améliorer le pronostic. La prise en charge chirurgicale précoce est associée à une issue fœto-maternelle favorable dans la majorité des cas.

## DÉCLARATIONS

### Remerciements

Nous remercions sincèrement tous ceux qui ont rendu cette étude possible.

### Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts

### Financement

Le travail a été effectué sur fonds propres

### Considérations éthiques

Toutes les étapes du travail ont été effectuées en conformité avec la déclaration d'Helsinki. Le consentement éclairé écrit du patient a été obtenu avant publication.

## REFERENCES

1. 1-Smiti Y, El Bouti A, Sibbou K, Allali N, El Haddad S, Chat L, et al. Diagnostic et prise en charge d'une grossesse hétérotopique spontanée : cas clinique et revue de la littérature. Imagerie de la Femme. 1 mars 2021;31(1):57-60.
2. Antoine JM. Grossesses issues de l'AMP. In: Poncelet C, Sifer C, éditeurs. Physiologie, pathologie et thérapie de la reproduction chez l'humain. Paris: Springer; 2011 : 649-52.
3. Gaskins AJ, Missmer SA, Rich-Edwards JW, Williams PL, Souter I, Chavarro JE. Demographic, lifestyle, and reproductive risk factors for ectopic pregnancy. Fertility and Sterility.2018;110(7):1328-37.
4. Ciebiera M, Słabuszewska-Jóźwiak A, Zaręba K, Jakiel G. Heterotopic pregnancy – how easily you can go wrong in diagnosing ? A case study. J Ultrason.2018;18(75):355-8.
5. Heterotopic Pregnancy: Case Series and Review of Diagnosis and Management - Elsayed - 2023 - Case Reports in Obstetrics and Gynecology - https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1155/2023/2124191
6. Po L, Thomas J, Mills K, Zakhari A, Tulandi T, Shuman M, et al. Directive clinique no 414 : Prise en charge des grossesses de localisation indéterminée et des grossesses ectopiques tubaires et non tubaires. J Obstet Gynaecol Can.2021;43(5):631-649.
7. Li JB, Kong LZ, Yang JB, Niu G, Fan L, Huang JZ, et al. Management of Heterotopic Pregnancy: Experience From 1 Tertiary Medical Center. Medicine (Baltimore).2016;95(5):e2570.
8. Soriano D, Shrim A, Seidman DS, Goldenberg M, Mashiach S, Oelsner G. Diagnosis and Treatment of Heterotopic Pregnancy Compared with Ectopic Pregnancy. The Journal of the American Association of Gynecologic Laparoscopists.2002;9(3):353-8.
9. Guan Y, Ma C. Clinical Outcomes of Patients With Heterotopic Pregnancy After Surgical Treatment. Journal of Minimally Invasive Gynecology.2017;24(7):1111-5.
10. Jain K. Spectre échographique des kystes ovariens hémorragiques. J Ultrasound Med. 2002;21(8):879-86.



Copyright©2026: The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license