

ASSOCIATION GROSSESSE EXTRA UTERINE ET INTRA UTERINE : A PROPOS DE 3 CAS

TRAORE Y. TEGUETE I., THERA A.T., MULBAH J.K., KANE F., MOUNKORO N., DIARRA I., DIABATE F. S., TRAORE M., DOLO A.

Résumé:

La grossesse extra-utérine (GEU) constitue, de par sa fréquence, un problème de santé publique, de par sa gravité une urgence obstétricale et de par ses séquelles un problème de fertilité pour la femme. Elle représente la première cause de décès maternel au cours du premier trimestre de la grossesse. L'association grossesse extra-utérine et intra-utérine est une forme particulière de grossesse gémellaire dite ditopique. Elle est rare, mais non exceptionnelle. Les auteurs rapportent trois cas.

Mots Clé: grossesse extra et intra-utérine, premier trimestre de la grossesse, urgence, décès maternel.

Summary:

The extra uterine pregnancy (GEU) constitutes, of by its frequency a problem of public health, of by its gravity an obstetric emergency and of by its aftermaths a problem of fertility for the woman. It represents the first reason of maternal death during the first quarter of pregnancy.

The association extra uterine and intra-uterine pregnancy is a particular shape of twin pregnancy said ditopic. It is rare, but non exceptional.

The authors bring back three cases of it to recall its existence.

Keys Words: extra uterine and intra-uterine pregnancy, first quarter of pregnancy, emergency, maternal death.

Introduction:

La grossesse extra-utérine a été et reste la plus fréquente des urgences obstétricales dans la plupart des maternités dans les pays sous développés [1]. La forme de GEU clinique la plus fréquente en Afrique est la rupture accompagnée d'hémorragie, mettant ainsi en jeu le pronostic vital de la patiente. Son traitement est essentiellement chirurgical rendant le pronostic obstétrical incertain. L'impact de cette pathologie sur la mortalité maternelle du premier trimestre de la grossesse n'est pas négligeable, puisqu'atteignant 10% de la mortalité maternelle totale [2]. Elle représente la première cause de décès maternel au cours du premier trimestre de la grossesse. L'association grossesse extra-utérine et intra-utérine est une forme particulière de grossesse gémellaire dite ditopique, décrite pour la première fois en 1708 par DUVERNET. Malgré l'usage courant de l'échographie, ses difficultés

diagnostiques demeurent [3]. Elle constitue un événement très rare. Sa fréquence varie selon les auteurs [4, 5, 6, 7] et oscille entre 1/5.000 [8] et 1/30.000 [4, 8, 9], pouvant même atteindre 1/800 grossesses [9] voire 1% en cas d'induction de l'ovulation [10]. L'augmentation de cette fréquence est liée :

- dans les pays en développement à la fréquence croissante des salpingites aiguës (dues aux IST mal traitées) et des avortements septiques [1, 11, 12]

- dans les pays développés, à l'assistance médicale à la procréation (induction de l'ovulation, FIV) [9, 13]
 - le recours de plus en plus fréquent à la contraception par les dispositifs intra utérins [1]
 - l'accroissement du nombre des interventions des chirurgies tubaires.
- Nous en rapportons trois cas qui sont les premiers observés dans notre service.

Observation n°1 : Madame S.K., 35ans, 1^{ème} geste, nullipare traitée pour stérilité qui, depuis 7 jours présentait des douleurs pelviennes intermittentes, paroxystiques sans irradiation, ni métrorragie associées à une aménorrhée de deux mois. Elle a consulté dans un centre de santé périphérique, après une automédication sans succès, d'où elle nous a été évacuée avec une échographie pelvienne qui a mis en évidence une grossesse gémellaire dont une intra- utérine évolutive de 8 semaines + 5 jours et l'autre extra-utérine ampullaire droite. L'examen d'entrée note un état général altéré, les conjonctives moyennement colorées, un choc hypovolémique avec une tension artérielle de 9/7, le pouls à 100 pulsations/mn, la fréquence respiratoire est de 20 cycles/mn et une température de 37°. L'abdomen apparaît légèrement distendu avec une palpation très douloureuse et des signes évidents d'irritation péritonéale. La laparotomie indiquée en urgence est réalisée. Celle-ci a permis de découvrir une

grossesse extra-utérine ampullaire droite rompue avec un hémopéritoine de 400ml associée à une grossesse intra-utérine évolutive.

Une salpingectomie partielle droite fut réalisée avec manipulation minime de l'utérus.

L'annexe controlatérale est sans particularité. Une perfusion d'anti-spasmodique a été faite pendant les trois premiers jours post opératoires. Les suites opératoires sont simples.

L'histologie confirme une grossesse tubaire rompue et note une endométriose tubaire. L'évolution de la grossesse intra-utérine a été sans particularité.

Observation n° 2

Madame K.C, 22ans, 2^{ème} geste, 1^{ère} pare, avec un enfant vivant, évacuée dans notre service pour douleur abdomino-pelvienne d'apparition brutale sur une aménorrhée de trois mois. La douleur est fixe sous forme de piquûre, permanente sans facteur déclanchant ni calmant.

Elle a été transférée avec un test urinaire de grossesse positif et une échographie endovaginale qui a mis en évidence une grossesse intra-utérine évolutive de 6 semaines et une grossesse extra-utérine ampullaire droite non rompue. A l'examen général à l'entrée était sans particularité. L'abdomen était souple mais très sensible à la palpation, surtout dans la fosse iliaque droite. Au toucher vaginal, le col était peu modifié; la taille de l'utérus difficile à apprécier mais on note la présence d'une masse latéro-utérine droite très sensible, d'environ 3-4cm de diamètre. Une laparotomie faite en urgence a mis en évidence un utérus gravide de 6 semaines environ et une grossesse extra-utérine isthmique droite non rompue avec de nombreuses adhérences utéro-ovariennes droites. L'annexe controlatérale et le foie sont sans particularité. Une salpingectomie partielle droite sans résection cunéiforme et une adhésiolyse ont été réalisées. Les suites opératoires, sous perfusion d'antispasmodique ont été simples. L'histologie confirme la grossesse tubaire et une salpingite suspectée en per opératoire. La patiente est sortie de l'hôpital à J8 post opératoire avec un myorelaxant type progestérone et un antispasmodique per os. Elle a accouché dans le service par césarienne à 38 semaines d'aménorrhée d'un enfant vivant bien portant.

Observation n°3

Madame M.C, 26ans, 3^{ème} geste, 2^{ème} pare, avec deux enfants vivants, dans notre service pour métrorragies et douleurs

pelviennes brutales évoluant dans un contexte d'aménorrhée de 8 semaines.

A l'admission, l'état général est moyennement altéré avec une bonne conscience, les conjonctives moyennement colorées, une température à 38,4°C. L'examen de l'abdomen est normal à part une légère douleur dans la fosse iliaque gauche. Au spéculum, on note un écoulement de sang noirâtre de quantité minime de provenance endocervicale associé à des débris ovulaires minimes. Au toucher vaginal, le col était très court et admettait le doigt aux deux orifices; l'utérus est gravide et correspond à l'âge chronologique. La mobilisation utérine est douloureuse et on note une masse latéro-utérine gauche de 4cm, mobile, très douloureuse et séparée de l'utérus par un sillon. Une échographie faite en urgence met en évidence la présence d'une grossesse intra-utérine évolutive de 8 semaines et 5 jours associée à une masse annexielle gauche à contours mal délimités et un hémopéritoine de moyenne abondance. Une goutte épaisse faite en urgence revient fortement positive à plasmodium falciparum. Une laparotomie sous perfusion d'antispasmodique permet de découvrir une grossesse extra-utérine ampullaire gauche rompue avec un hémopéritoine de 450ml environ. Une salpingectomie partielle gauche est pratiquée. Les suites ont été marquées par une fausse couche spontanée au troisième jour post opératoire malgré le traitement antispasmodique et le traitement antipaludéen initiés depuis l'admission. L'histologie confirme la grossesse tubaire et la grossesse intra utérine. Madame MC a été exécutée au 6^{ème} jour post opératoire.

Discussion :

Fréquence : La fréquence de grossesse hétérotopique dans notre série est en accord avec celle relevée dans le monde [4,9]. Il s'agit d'une pathologie rare [7,8].

Etiopathogénie : La grossesse ditopique est une forme particulière de grossesse gémellaire qu'expliquent plusieurs théories ; il peut s'agir d'une super fécondation soit au cours du même coït ou au cours de coïts différents [4,5] ; soit des causes tubaires mécaniques ou fonctionnelles comme le témoignent nos observations numéros 1 et 2 par la présence de noyau endométriosique tubaire et de salpingite. Il peut s'agir de cause ovulaire : décalage des ovulations dans le temps; différence de vitesse de migration des ovules; retard de captation ou une captation après migration croisée ; modification du péristaltisme tubaire induite

par l'implantation de l'ovule intra utérin, contraignant l'autre ovule à rester dans la trompe ou à retomber dans la cavité abdominale [6]. La théorie de superfécondation est évoquée par certains auteurs [6]. En effet, ils pensent que la seconde ovulation suivie de fécondation a pu être produite au cours d'une grossesse en cours. Nous n'avons pas d'explication quant à la survenue de cette association morbide au cas numéro 3. Diagnostic : La plupart des auteurs [5, 14, 15] s'accordent sur la difficulté du diagnostic précoce. Ce diagnostic est souvent rendu difficile à cause de la présence d'une grossesse intra utérine. Il en a été ainsi dans tous nos trois cas. Le tableau clinique, dans notre troisième cas, faisait fortement évoquer une fausse couche en cours par accès palustre. Mais dans les premier et deuxième cas, le tableau de choc hémorragique a fait indiquer une laparotomie en urgence. Le diagnostic d'une GEU associé est souvent posé après la rupture de celle-ci, à cause des signes de choc hémorragique et d'hémorragie intra péritonéale qu'elle entraîne [3]. L'existence d'une masse annexielle, des taux de B.H.C.G., qui baissent d'un examen à l'autre, malgré une grossesse intra utérine vivante, doivent faire penser à une GEU associée et commander une coelioscopie, surtout en début de grossesse. L'échographie vaginale, comme dans notre cas numéro 2, permet mieux que l'échographie abdominale, de faire un diagnostic précoce de grossesse ditopique avant la rupture [3]. Le dosage des β .H.C.G. n'a pu être fait chez aucune de nos patientes, du fait de l'impossibilité de la réalisation de cet examen dans notre hôpital et du problème financier lié au faible pouvoir d'achat de nos malades. Chez aucune de nos patientes nous avons fait une coelioscopie. Evolution et pronostic. Dans deux de nos cas sur trois (67%) la grossesse a évolué à terme et l'accouchement a été fait par césarienne avec la naissance d'enfants vivants. D'autres auteurs [3,15] rapportent des grossesses intra-utérines à terme, 50% pour Engongah-Beka T. [3], 33% pour Keske J. [15] et 35% pour Choukroun J. [5]. La GEU s'interrompt dans la plupart du temps au premier trimestre [7] comme dans tous nos cas. Le pronostic foetal de la grossesse intra utérine est meilleur si le diagnostic est précoce [8], surtout à l'absence d'une situation morbide tel que l'accès palustre responsable de fausse couche spontanée dans notre cas numéro 3. Nous pensons, comme Picaud A. [11], que le pronostic maternel ne diffère guère de celui de la

grossesse extra-utérine, si ce n'est qu'après un avortement spontané (notre cas numéro 3). Les difficultés mais surtout les retards de diagnostic constituent des facteurs évolutifs péjoratifs indéniables.

Traitement : Il est chirurgical. La salpingectomie après une laparotomie a été pratiquée dans tous nos cas. Cette salpingectomie a été partielle respectant la portion interstitielle. La perfusion de spasmolytique associée à une hormonothérapie constituent un traitement supplémentaire en cas d'évolutivité de la grossesse intra-utérine [15]. Une manipulation minutieuse et très limitée en per opératoire de l'utérus gravide contribuerait largement à la conservation de la grossesse intra-utérine. L'abstention thérapeutique combinée à un follow-up rapprochée ne nous semble pas une attitude forcément salvatrice. Seak-San S. [16] pense que le traitement médical conservateur doit tenir compte du potentiel évolutif de la grossesse intra-utérine. D'autres auteurs [17] estiment que l'utilisation de méthotrexate est à éviter faisant préférer l'injection « in loco » de KCL.

Conclusion

Les grossesses hétérotopiques ne sont pas exceptionnelles. Nous en avons rapporté trois cas avec rupture de la GEU toutes survenues sur des grossesses naturelles. Le diagnostic de grossesse combinée doit toujours être recherché devant toute métrorragie du premier trimestre associée à une masse annexielle, malgré l'existence d'une grossesse intra utérine.

Référence

1. **Leke R.J.I., Goyaux N., Forgewei G.** A case-control study of ectopic pregnancy in Yaoundé and Bamenda. Journal de la SAGO, 2002. Vol. 1, n°1, 37-43.
2. **Le Goueff F., Subtil D., Dewailly D., Querleu D., Crepin G.** Grossesse extra-utérine et traitement par médical par le méthotrexate. Rev. Fr. Gynécol.Obstét., 1998, 93, 4, 248-252.
3. **Engongah-Beka T., Meyer J.F., Ozouaki F., Sima-Ole B.** Association grossesses intra-utérines et grossesses extra-utérines rompues. A propos de 2 cas dévolution différente et revue de la littérature. Médecine d'Afrique noire : 1997, 44, (8/9)

4. **Blazquez G., Rouffet F., Dessoutter P., Kohlmann G.** Grossesse menée à terme malgré une rupture d'une grossesse extra-utérine concomitante. Une observation. Rev. Fr. Gynéc. 1979, 74, (12), 755-756.
5. **Choukroun J., Friedman S., Chene P.** Grossesses intra-utérines et extra-utérines simultanées. J. Gynéc. Obstét. Biol. Reprod. 1981, 10 :231-234.
6. **Cohen J., Quist Ch.** Grossesses extra-utérines et intra-utérines simultanées après induction de l'ovulation. Un fait clinique exceptionnel. Rev. Fr. Gynéc., 1977, 72 (2) : 121-125.
7. **Houze De L'aulnait D., Bernard V., Corette L., Delcroix M.** Les grossesses gémellaires hétérotopiques. Revue de la littérature à partir d'une observation où les 2 enfants ont survécu. J. Gynéc. Obstét. Biol. Reprod. 1988,17 : 89-96.
8. **Elghaoui A., Ayoubi J., Ko-Kivk-Yun P., Benevent J.B., Sarramon M.F., Monrozies X.** Diagnostic échographique des grossesses extra-utérines. A propos de 110 cas. Rev. Fr. Gynécol. Obstét., 1998, 93, 4, 285-290.
9. **Richards S.R., Stempel L.E., Carlton B.D.** Heterotopic pregnancy: reappraisal of incidence. Am.J. Obstet. Gynecol., April 1, 1982, 142: 928-930.
10. **Lafont A., Chapeau J., Hivert A.** La grossesse combinée. Revue de la littérature à propos d'une observation. Rev. Fr. Gynecol. Obstet. 1992, 87, (4) : 229-230
11. **Picaud A., Nlome-Nze A.R., Faye A., Saleh S., Ozouaki F., Engongah Beka T., Loindou-Tsoumbou J.** Mortalité maternelle de la grossesse extra-utérine à Libreville. Médecine d'Afrique Noire, 1993, 40, (5) : 343-347.
12. **Sepou A., Yanza M.C., Nguembi E., Goddot M., Ngbale R., Kouabosso A., Penguele A., Nali M.N.** Aspects épidémiologiques et cliniques de 116 cas de grossesse extra-utérine à l'hôpital communautaire de Bangui. Médecine d'Afrique Noire, 2003, 50, (10) : 405-412.
13. **Enquête Fivnat** Facteurs de risque de grossesse extra-utérine lors de procréation médicalement assistée. Contraception, fertilité, sexualité, 1993, 21 (5) : 358-361.
14. **Kazadi-Buanda J., Laparte M.C., Lopez G.** Grossesse tubaire rompue associée à une grossesse utérine évolutive. A propos d'un cas de revue de la littérature. Rev. Fr. Gynécol. Obstét. 1992, 87, (4) : 226-228.
15. **Keskes J., Ben Saig A., Khairi H., Hiar M.** Grossesses intra et extra-utérines associées. A propos de 6 cas. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 1989, 18 : 181-184.
16. **Seak-San S., Moulinasse R., Van Wynmersch G., Sartenaer J.G.** La grossesse extra-utérine: mise au point et approche hystérocopique de la pathologie. Rev. Fr. Gynécol. Obstét., 1998, 93,4, 291-296.
17. **Morelli A., Ratozz P., Fleischer A.** Diagnosis and treatment of intra-uterine pregnancy associated with tubal pregnancy. Minerva Gynecol, 1994, 46 (9), 517.