

L'hémopéritoine : mode de diagnostic d'une grossesse abdominale avancée à propos d'un cas

Hemoperitoneum : methods of diagnostics of advanced abdominal pregnancy about a case

Gbarry-Lagaud E¹, Loué V², Effoh D¹, Konan J², Adjoby R¹, Kouakou F², Boni S.²

1. Service de gynécologie obstétrique du CHU d'Angré
2. Service de gynécologie obstétrique du CHU Cocody

Auteur correspondant: Gbarry-Lagaud Eléonore. Email: eleonoregbary@gmail.com

Résumé

Objectif :

Préciser les difficultés diagnostiques et décrire le pronostic materno-fœtal de la grossesse abdominale avancée.

Cas cliniques :

Les auteurs décrivent un cas de grossesse abdominale avancée. Le diagnostic s'est fait tardivement au décours d'une complication majeure : l'hémopéritoine. A cet effet ils soulignent l'importance du diagnostic précoce du siège de la grossesse notamment par l'échographie. En cas de doute diagnostic, l'imagerie par résonance magnétique est d'un grand apport. Cependant son utilisation dans notre contexte africain est limitée par sa non-disponibilité et par son coût élevé.

Conclusion

Il existe des difficultés pour établir le diagnostic de grossesse abdominale avancée notamment dans notre contexte africain. Le pronostic materno-fœtal en est assombri. D'où l'intérêt de la précocité du traitement, qui est en règle la laparotomie. La difficulté thérapeutique réside en l'attitude conservatrice ou non du placenta.

Mots clés : Grossesse abdominale avancée, Echographie, Laparotomie, Hémopéritoine

Summary

Objective:

Define the diagnostic difficulties and describe the materno-fetal prognosis of abdominal pregnancy

Clinical case:

The authors describe a case of advanced abdominal pregnancy. The diagnosis was made late in the course of a major complication: hemoperitoneum. For this purpose, they emphasize the importance of early diagnosis of the seat of pregnancy including ultrasound. In case of doubt diagnosis, magnetic resonance imaging is of great benefit. However, its use in our African context is limited by its unavailability and high cost.

Conclusion

There are difficulties in establishing the diagnosis of advanced abdominal pregnancy especially in our African context. The maternal-fetal prognosis is darkened. Hence the interest of the precocity of the treatment, which is in laparotomy rule. The therapeutic difficulty lies in the conservative attitude or not of the placenta.

Keywords: Advanced abdominal pregnancy, Ultrasonography, Laparotomy, Hemoperitoneum

Introduction

La grossesse abdominale (GA) est une localisation exceptionnelle de la grossesse extra utérine, elle complique 1 à 4% des grossesses [1]. Elle correspond à la nidation et au développement de l'œuf fécondé dans la cavité abdominale. Le diagnostic de la grossesse abdominale reste encore difficile du fait du retard aux consultations prénatales dans notre contexte africain. Ce diagnostic tardif restreint la prise en charge qui est en règle chirurgicale. La GA avancée est grevée d'une importante mortalité et morbidité périnatale ainsi qu'une mortalité maternelle de 5,2% [2]. Nous rapportons ici un cas d'hémopéritoine révélant une grossesse abdominale avancée à Abidjan Côte d'Ivoire. L'objectif est de préciser les difficultés diagnostiques et de décrire le pronostic materno-fœtal de la grossesse abdominale avancée.

Observation

Il s'agit d'une femme de 38 ans, 8^e geste, 7^e pare, elle nous a été évacuée pour absence des bruits du cœur fœtal. Elle a réalisé 3 consultations prénatales sans échographie. A l'admission il s'agissait d'une patiente en état de choc hémodynamique. La palpation a mis en évidence une masse abdominale grossièrement arrondie distincte de l'utérus ainsi qu'une matité des flancs. L'échographie abdominale réalisée en salle d'accouchement a retrouvé un utérus de taille normale homogène ainsi que la

présence d'un fœtus de 39 semaines d'aménorrhées inerte à l'intérieur de la cavité abdominale. Ailleurs il y avait un épanchement liquidien péritonéal de grande abondance. Un hémopéritoine a été suspecté et une indication de laparotomie a été posée. Des mesures de réanimation ont été entreprises. Après une anesthésie générale à la kétamine, intubation orotrachéale et monitoring cardio respiratoire, la laparotomie médiane sus et sous ombilicale a confirmé le diagnostic de grossesse abdominale. En effet il y avait un sac amniotique intra abdominale avec un hémopéritoine de grande abondance (pertes sanguines à 2,5 l). Il a été extrait un mort-né macéré de sexe masculin, pesant 3800g. Le placenta était inséré d'une part sur le fond utérin et d'autres parts sur le sigmoïde (**Figure 1 et 2**). Une ligature proximale du cordon ombilicale a été faite ainsi qu'une délivrance partielle (extraction de la partie décollée et hémorragique du placenta).

Les suites opératoires immédiates étaient marquées par une stabilité hémodynamique avec un taux d'hémoglobine à 06 g/dl. Elle a bénéficié d'une transfusion sanguine de 1300 ml de culot globulaire. On a noté une reprise du transit au 3^{ème} jour post-opératoire et une suppuration de la plaie opératoire au 5^{ème} jour avec isolement d'E Coli multirésistant (sensible à l'imipénème) La patiente est sortie au 30^{ème} jour d'hospitalisation



Figure 1 : Mort-né macéré avec placenta inséré sur le fond utérin



Figure 2 : Placenta inséré sur le fond utérin

Discussion

La GA est peu fréquente dans les pays développés et rarement avancée (1/10 000-15 000 accouchements) [3]. A contrario la fréquence est plus élevée dans les pays en développement (1/2000 accouchements) [1,4,5]. Cette différence s'explique par les facteurs de risque dépendant du niveau socio-économique du pays ; entre autres la procréation médicalement assistée et l'utilisation de dispositifs intra utérins pour les pays développés contre l'incidence élevée

de l'infection génitale et l'insuffisance de suivi de la grossesse dans les pays en développement [4,5,6,7]. Le diagnostic de la GA dans les pays faiblement médicalisés est difficile. En effet dans 50 % des cas il se fait en per opératoire [2]. Les modifications physiologiques de l'utérus au toucher vaginal au premier trimestre, permettent de fortement suspecter une grossesse intra utérine. En début de grossesse l'utérus est globuleux, arrondi débordant dans les culs de sac latéraux (signe de Noble).

L'isthme est ramolli donnant la sensation de séparation du corps et du col de l'utérus (signe de Hégar). Le diagnostic de siège de la grossesse se précise par l'échographie. La paroi de l'utérus doit être bien distincte de la vessie [8]. Au-delà du premier trimestre de la grossesse, le diagnostic clinique et échographique du siège de celle-ci est plus difficile. En cas d'incertitude, Ehab recommande de faire une imagerie par résonance magnétique (IRM) [9]. Sa particularité par rapport aux ultrasons est de visualiser l'ensemble de l'utérus et ainsi d'identifier le site exact d'implantation. Cependant la vulgarisation de l'IRM dans notre contexte africain est limitée par son accessibilité et son coût élevé. De ce fait, Aliyu préconise en cas de doute diagnostique, de réaliser l'échographie pelvienne avec une sonde urinaire de Foley dont le ballonnet est gonflé dans la vessie [1]. Cela permet d'individualiser la paroi utérine et de préciser le siège de la grossesse. Dans notre observation, la patiente n'a pas réalisé d'échographie obstétricale. Le diagnostic de grossesse abdominale a été suspecté devant une complication majeure à savoir l'hémopéritoine et confirmé à la laparotomie exploratrice. Dans les pays hautement médicalisés, le diagnostic d'implantation de la grossesse est fait au premier trimestre. Le plus souvent en cas de grossesse abdominale l'interruption thérapeutique est proposée après avis médical multidisciplinaire et consentement éclairé de la patiente. Un large éventail de moyens thérapeutiques est donc possible. Le traitement médical à base de méthotrexate peut être institué selon le score de Fernandez [10]. Le méthotrexate est un antimétabolite, il bloque le développement du trophoblaste qui se résorbe spontanément, de plus il réduit la persistance de celui-ci dans le post opératoire [11]. L'endoscopie est indiquée pour les grossesses abdominales plus avancées mais sans atteindre 20 SA [3]. La laparotomie est le traitement de choix dans les pays à ressource limitée puisque le diagnostic de GA s'y fait tardivement. S'il existe un consensus sur l'extraction fœtale en cas de GA, ce n'est pas le cas pour l'extraction du placenta. Certains auteurs recommandent l'extraction du fœtus et du placenta dans le même temps opératoire [1, 12]. En effet Aliyu dans sa série, retrouve 2 patientes sur 6 qui ont présenté secondairement une occlusion intestinale. Lorsque l'extraction du placenta entraîne des hémorragies cataclysmiques non jugulées par les méthodes classiques, il est possible d'utiliser le Floseal®. C'est une matrice hémostatique combinant de la thrombine humaine reconstituée avec de la gélatine, du collagène, et la matrice de cellulose. Le Floseal® agit sur la cascade de

coagulation pour assurer l'hémostase. Mais cette matrice n'est pas toujours disponible dans nos conditions de travail. Ainsi pour d'autres auteurs il est plus prudent de laisser le placenta in situ après une ligature proximale du cordon ombilical [3,5,13,14]. Cela est d'autant plus important si l'insertion placentaire se fait sur des organes vitaux ou de gros vaisseaux. Cette attitude permet de réduire les pertes sanguines. Elle est d'autant plus avantageuse en raison des pénuries de produits sanguins dans notre contexte. Cette dernière attitude a été la nôtre, et aucune complication digestive n'a été observée. L'absence d'utilisation de méthotrexate a été remplacée par une surveillance rigoureuse. Sur le plan clinique il a été surveillé la reprise du transit en post opératoire immédiat et l'absence de trouble du transit secondairement. La surveillance échographique a consisté à s'assurer de la régression progressive du volume du placenta. La surveillance biologique s'est faite par le dosage des β HCG. La décroissance de son taux indique la digestion progressive du placenta laissé in situ. Le pronostic néonatal est raisonnablement bon dans de rares cas avec la naissance d'enfants vivants [14, 15]. Cependant dans bien des cas, le fœtus croît dans une zone hypo perfusée non adaptée à son développement optimal. Cela l'expose à des anomalies de toutes sortes (oligoamnios, hypotrophie, fente labiale, pieds bots) ou à la mort in utero. Les besoins du fœtus s'accroissent au troisième trimestre de la grossesse. Cependant dans notre cas, ces besoins n'ont pu être comblés dû fait de cette localisation placentaire ectopique assurant une perfusion fœtale médiocre. La mortalité maternelle est 7 fois plus élevée en cas de GA que dans les autres grossesses ectopiques [11,12]. L'anémie et la suppuration pariétale ont allongé le séjour de la patiente qui a fait 30 jours d'hospitalisation contre une moyenne de 10 jours retrouvée par Guèye [4]. L'anémie a été causée par l'état de choc hypovolémique consécutif à l'hémopéritoine.

Conclusion

La localisation abdominale de la grossesse est rare. Le pronostic materno fœtal reste sombre. Cela indique encore l'intérêt du diagnostic précoce du siège de la grossesse, qui est confirmé par l'échographie. En cas de doute diagnostique il est préférable de faire une IRM. La prise en charge de la grossesse abdominale est en règle chirurgicale. En l'absence de FLOSEAL® pour l'hémostase lors de l'extraction du placenta, ou à défaut de méthotrexate pour accélérer sa lyse, le placenta est laissé in situ. Dans ce cas la surveillance post opératoire doit être rigoureuse (clinique, échographique et biologique).

Références

1. **Aliyu, A.O. Ashimi.** A multicentre study of advanced abdominal pregnancy : a review of six cases in low resource. Eur J Obstet Gynecol Reproductive Biology 2013 ; 170 : 33-8.
2. **Oudghiri, N. et al.** Grossesse extra-utérine abdominale à terme. Maroc Médical. 2014 ; 35(1) : ISSN 0253-4053.
3. **Akihiro Takeda, Sanae Imoto, Masahiko Mori, Junko Yamada, Hiromi Nakamura.** Early abdominal pregnancy complicated by parasitic dermoid cyst: Diagnosis by diffusion-weighted Magnetic Resonance Imaging and management by laparoendoscopic single-site surgery. J Minimally Inv Gynecology. 2012; 19(5): 647-50.
4. **Guèye MK, Guèye M, Diaw H, Moreau JC.** Difficultés du diagnostic et de prise en charge de la grossesse abdominale: a propos de deux cas diagnostiques à terme au centre hospitalier régional de Diourbel du Sénégal. Clinics in Mother and Child Health 2012; 9(3): Doi10.4303/cmch/C120302.
5. **E Bohoussou, P Guié, C Saki, G Okon, S Anongba, K Touré-Coulibaly.** Diagnostic et prise en charge d'une grossesse abdominale avancée. (Abidjan, Côte d'Ivoire). Rev Int Sc Méd 2013 ;15(1) : 30-2.
6. **Matthew R. Neth, Maxwell A. Thompson, Courtney Blayke Gibson, John P. Gullett. David C. Pigott.** Ruptured Ectopic Pregnancy in the Presence of an Intrauterine Device. Clin Pract Cases Emerg Med. 2019; 3(1): 51-4.
7. **Nzaumvila DK, Govender I, Ogunbanjo GA.** An audit of the management of ectopic pregnancies in a district hospital, Gauteng, South Africa. Afr J Prim Health Care Fam Med. 2018; 10 (1): 1-8.
8. **Rabarikoto H F, Rakotomboahangy T M, Razafindrabia T R, Razafindratasy E, Randriambololona D M A.** Grossesse abdominale: les difficultés diagnostiques à travers un cas. Rev. Anesth.Réanim. Med. Urg Toxicol. 2018; 10 (1): 9-10.
9. **Ehab SM Hamouda, Annemieke S Littooi, Edwin WH Thia, Chiou L Ong.** Ruptured Interstitial Ectopic Pregnancy at 18 Weeks Gestation Diagnosed by MRI: A Case Report. J Radiol Case Rep. 2013; 7 (10): 34-42.
10. **T. Harvey.** Collège national des gynécologues et obstétriciens français. La grossesse extra-utérine. Traitement médical : techniques, avantages et inconvénients. Extrait des Mises à jour en gynécologie médicale. 2010 ; 2010 : 47-60.
11. **Danielle Robson, Vanessa Lusink, Neil Campbell.** Persistent omental trophoblastic implantation following salpingostomy, salpingectomy and methotrexate for ectopic pregnancy : A case report. Case Reports in Women's Health. 2019 ; 21 (e00095) :1-3.
12. **Anwen Gorry, Marie-Laure Morelli, Oladimeji Olowu, Anupama Shahid, Funlayo Odejinmi.** Laparoscopic management of abdominal ectopic pregnancy using Floseal Hemostatic Matrix. International Federation of Gynecology and Obstetrics. 2011 ; doi : 10.1016/j.ijgo.2011.11.003
13. **IB Kangulu, EKN Umba, DK Cibuabua, CM Ilunga, AU Ndolo, MK Nzaji, PKM Kayamba.** A propos d'un cas de grossesse abdominale très prolongée. The Pan African Medical Journal. 2013; 16: 26.
14. **Wondimu Gudu and Delayehu Bekele.** A pre-operatively diagnosed advanced abdominal pregnancy with a surviving neonate : a case report. Journal of Medical Case Reports. 2015 ; 9 : 228.
15. **Rudra S, Gupta S, Taneja BK, Gupta R.** Full term broad ligament pregnancy through a Cesarean scar. Obstet Gynecol Sci. 2013; 56 (6): 404-7