

Grossesse hétérotopique révélée par une rupture de grossesse ampullaire: fait clinique



AH Rambel¹, M Rakotovao^{*2}, ZA Botolahy³,
H Ratahinarisoa⁴, HYH Rantomalala¹,

¹ Service d'Urologie, CHU-JRA Ampefiloha BP 4150 Antananarivo, Madagascar

² Service de Chirurgie Viscérale, CHU-JRA Ampefiloha BP 4150 Antananarivo, Madagascar

³ Service de Gynécologie Obstétrique de Befelatanana, CHU d'Antananarivo, Madagascar

⁴ Service de Radiologie, CHU-JRA Ampefiloha BP 4150 Antananarivo, Madagascar

Résumé

La grossesse hétérotopique représente une affection rare, caractérisée par la coexistence d'une grossesse intra-utérine et d'une grossesse extra-utérine chez une même patiente. Nous en rapportons un cas survenu chez une femme de 40 ans, révélé par un tableau clinique d'hémopéritoine massif. L'échographie demandée en urgence avait permis de porter le diagnostic. Une salpingectomie gauche était pratiquée. Les suites opératoires étaient marquées par la survenue d'une fausse couche malgré la tocolyse et la manipulation minimale de l'utérus en peropératoire. Les particularités diagnostiques, l'étiopathogénie ainsi que les principes du traitement sont discutés à la lumière d'une revue de la littérature.

Mots-clés: Chirurgie; Grossesse hétérotopique; Hémopéritoine; Tocolyse

Heterotypic pregnancy revealed by tubar pregnancy rupture. A case report

Summary

Heterotypic pregnancy is an uncommon disease and associates in the same time intra-uterine and extra-uterine pregnancy. We report the case of a 40 year-old woman who presented clinical symptoms of hemoperitoneum. Ultrasound findings required in emergency gave the diagnosis. Left salpingectomy was practised. In post-operative period, spontaneous abortion appeared in spite of tocolysis and minimized manipulation of the uterus. Diagnosis, etiology and treatment features are discussed with a review of the literature.

Keywords: Hemoperitoneum; Heterotypic pregnancy; Surgery; Tocolysis

Introduction

Une grossesse hétérotopique (GH) ou encore grossesse combinée se définit par une association d'une grossesse intra-utérine et d'une grossesse extra-utérine chez une même patiente [1]. Autrefois fort rare, la fréquence de cette association ne cesse de croître depuis l'apparition de l'aide médicale à la procréation et des techniques d'induction de l'ovulation [2]. Le diagnostic est souvent difficile et tardif [3]. Nous rapportons un cas de grossesse hétérotopique chez une patiente de 40 ans admise aux urgences pour un syndrome péritonéal aigu. À travers notre observation, une revue de la littérature a été faite pour mieux cerner les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques de cette entité clinique rare et trompeuse.

Observation

Madame RAS, 40 ans, consulte aux urgences pour des douleurs pelviennes intenses associées à une aménorrhée de huit semaines. La douleur était transfixiante et siégeait au niveau de la fosse iliaque gauche. Il n'y avait ni métrorragies, ni troubles digestifs associés. Dans ses antécédents, deux accouchements normaux et l'absence d'avortement étaient relevés. Elle était à son 3^{ème} geste et le dernier accouchement remontait à cinq ans. Les cycles antérieurs étaient sans anomalies et réguliers. Par ailleurs, la patiente n'était pas sous contraception. L'examen à l'entrée notait un état général altéré associé à un tableau de choc hémodynamique. L'abdomen était très douloureux

avec des signes d'irritation péritonéale. L'échographie révélait une grossesse intra-utérine évolutive de 9 semaines d'aménorrhée (SA) associée à une grossesse extra-utérine (GEU) ampullaire gauche rompue. Une laparotomie indiquée en urgence avait permis de découvrir une grossesse ampullaire gauche rompue avec un hémopéritoine de 600ml. Une salpingectomie gauche était réalisée avec une manipulation minimale de l'utérus. L'annexe controlatérale était sans particularité. Une tocolyse était réalisée pendant la première semaine post opératoire; cependant les suites opératoires étaient marquées par une fausse couche spontanée deux semaines après l'intervention. L'histologie confirmait une grossesse tubaire rompue et notait une endométriose tubaire.

Discussion

L'association GEU et intra-utérine est une forme particulière de grossesse gémellaire dite ditopique ou hétérotopique, décrite pour la première fois en 1708 par Duvernet [4]. Il s'agit d'une pathologie rare. Sa fréquence dans la population générale se situe entre 1/10000 et 1/30000 [2]. Mais actuellement, il existe une augmentation de cette fréquence. Elle est liée d'une part, pour les pays en développement, au taux croissant des salpingites aiguës en rapport avec les infections sexuellement transmissibles (IST) mal traitées et aux avortements septiques [5]; d'autre part, pour les pays développés, à la procréation médicale assistée (induction de l'ovulation, fécondation in vitro ou FIV) [6]. Aucune étude sur la fréquence de cette pathologie n'a encore été réalisée dans notre pays. En outre, des antécédents de grossesse extra-utérine ou de fausse couche constituent aussi d'autres facteurs de risque [7]. Malgré l'usage courant de l'échographie, les difficultés diagnosti-

* Auteur correspondant

Adresse e-mail: docmahr@yahoo.com (M Rakotovao).

¹ Adresse actuelle: Service de Chirurgie Viscérale, CHU-JRA Ampefiloha BP 4150 Antananarivo, Madagascar

ques de cette entité clinique demeurent réelles. Le diagnostic est facile quand les signes cliniques de GEU sont au premier plan [8], comme ce fut le cas pour notre observation. Mais d'autres symptômes peuvent inaugurer le tableau tels que la douleur abdomino-pelvienne dans 82,7% des cas ou des métrorragies dans 50% des cas [8]. Dès lors, ces derniers peuvent prêter à confusion avec d'autres pathologies et peuvent retarder le diagnostic ainsi que la prise en charge. Néanmoins, une échographie transvaginale permet de parvenir au diagnostic dans 88,9% des cas en montrant un oeuf intra-utérin et un oeuf extra-utérin [9]. Les indications du traitement médical sont restreintes et sont étroitement liées à la stabilité hémodynamique [10]. Mais le traitement chirurgical est le traitement standard dans les littératures récentes [2]. De plus, si la situation hémodynamique est précaire en raison de la rupture de la grossesse ectopique, il est licite de recourir à la laparotomie. Ce traitement ne diffère en rien du traitement chirurgical classique de la GEU isolée comme illustré dans notre cas [11]. Pour Molloy, cette chirurgie ne semble pas perturber le développement de la grossesse intra-utérine, sous réserve que la manipulation de l'utérus soit minimale et l'anesthésie de courte durée. En outre, la tocolyse prophylactique n'est pas nécessaire [12]. En dépit de ces gestes préconisés pour la prise en charge périopératoire de la grossesse intra-utérine, nous avons eu une fausse couche spontanée dans les suites opératoires. Par contre, le pronostic maternel est comparable à celui des grossesses extra-utérines simples, avec une mortalité inférieure à 1% [13].

Conclusion

Si la grossesse hétérotopique se rencontre rarement dans notre pays, son incidence est en nette progression dans les pays développés en rapport avec le développement de la procréation médicale assistée. Notre observa-

tion illustre la complexité de sa prise en charge en particulier celle intra-utérine. Un suivi rapproché des femmes enceintes est de rigueur pour garantir une grossesse à terme sans risque.

Références

- 1- Duvernay GJ. Oeuvres anatomiques. Paris: Joubert; 1761.
- 2- Diallo D, Aubard Y, Piver P, Baudet JH. Grossesse hétérotopique : à propos de 5 cas et revue de la littérature. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2000; 29: 131-41.
- 3- Montilla F, Amar P, Boyer S, Karoubi R, Diquelou JY. Grossesse hétérotopique: à propos d'un cas avec un tableau clinique rare. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2007; 36: 3: 302-5.
- 4- Engongah-Beka T, Meyer JF, 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.
- 5- Sepou A, Yanza MC, Nguembi E, Goddot M, Ngbale R, Kouabosso A, et al. Aspects épidémiologiques et cliniques de 116 cas de grossesse extra-utérine à l'hôpital communautaire de Bangui. *Médecine d'Afrique Noire* 2003; 50: 10: 405-12.
- 6- Enquête Fivnat. Facteurs de risque de grossesse extra-utérine lors de procréation médicalement assistée. *Contraception fertilité sexualité* 1993; 21; 5: 358-61.
- 7- Tancer ML, Delke I, Veridiano NP. A fifteen year experience with ectopic pregnancy. *Surg Gynecol Obstet* 1981; 152: 179-82.
- 8- Tal J, Haddad S, Gordon N, Timor-Tritsu I. Heterotopic pregnancy after ovulation induction and assisted reproductive technologies: a literature review from 1971 to 1993. *Fertil Steril* 1996; 66: 1-12.
- 9- Guirguis RR. Simultaneous intra-uterine and ectopic pregnancies following in vitro fertilization and gamete intrafallopian transfer. A review of nine cases. *Hum Reprod* 1990; 5: 484-6.
- 10- Baker VL, Givens CR, Cadieux MC. Transvaginal reduction of an interstitial heterotopic pregnancy with preservation of the intra uterine gestation. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 176: 1384-5.
- 11- Fernandez H. La grossesse extra-utérine. *Gyn Obs* 1999; 376: 15-7.
- 12- Molloy D, Deambrosis W, Keeping D. Multiple sited (heterotopic) pregnancy after in vitro fertilization and gamete intra fallopian transfer. *Fertil Steril* 1990; 53: 1068.
- 13- Dicker D, Goldman G, Feldberg D, Ashchkenazi J, Goldman J. Heterotopic pregnancy after IVF-ET : report of a case and a review of the literature. *Hum Reprod* 1989; 4: 335.