

Deux cas de grossesses hétérotopiques spontanées au Centre Hospitalier de Soavinandriana Antananarivo

Two cases of heterotopic spontaneous pregnancies in the Hospital Center of Soavinandriana Antananarivo

H F RABARIKOTO⁽¹⁾, R RANDRIAMAHAVONJY^{(1)*}, L A Z RABETSIMAMANGA⁽²⁾, T M M TOVONE⁽³⁾, L H SAMISON⁽⁴⁾, H R ANDRIANAMPANALINARIVO⁽⁵⁾

⁽¹⁾ Service de Gynécologie Obstétrique, Centre Hospitalier de Soavinandriana (Cen.Ho.Soa), 101 Antananarivo Madagascar

⁽²⁾ Pavillon Sainte Fleur, Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona (HJRA), Ampefiloha, 101 Antananarivo Madagascar

⁽³⁾ Service des Accueils et des Urgences, Centre Hospitalier de Soavinandriana (Cen.Ho.Soa), 101 Antananarivo Madagascar

⁽⁴⁾ Service de Chirurgie Viscérale, Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona (HJRA), Ampefiloha, 101 Antananarivo Madagascar

⁽⁵⁾ CHU Gynécologie—Obstétrique de Befelatanana, 101 Antananarivo Madagascar

RESUME

La grossesse hétérotopique spontanée est une pathologie rare mais aussi une urgence chirurgicale souvent passée inaperçue. Le but de cet article est d'en rapporter deux cas à travers lesquels nous relatons la difficulté diagnostic devant la mise en évidence première de la grossesse intra-utérine. Cette situation retarde la prise en charge et met en danger la vie des patientes.

Mots clés : Grossesse spontanée, Grossesse extra-utérine, Grossesse hétérotopique.

ABSTRACT

Spontaneous heterotopic pregnancies are a rare and often undetected, although it is a surgical emergency event. The aim of this article is to describe two difficultly diagnosed cases because of the confirmation of the intrauterine pregnancy. This situation defers the managing and creates a vital risk to the mother.

Keywords: Ectopic pregnancy, Heterotopic pregnancy, Natural conception.

Introduction

La grossesse hétérotopique ou diplotique est la coexistence d'une grossesse intra-utérine (GIU) et d'une grossesse extra-utérine (GEU) chez la même patiente quelle que soit la localisation de la GEU [1]. C'est une forme pathologique de grossesse gémellaire dizygote biovulaire [2]. Sa survenue sur un cycle spontané est rare [3]. Nous en rapportons deux cas à travers lesquels nous relatons la difficulté diagnostique ainsi que le risque vital encouru par les patientes à cause du retard de diagnostic.

Cas N°1

Madame R, primigeste, âgée de 27 ans était vue en consultation aux urgences pour une métrorragie et une douleur abdominale d'apparition brutale après une aménorrhée de 6 semaines. Elle n'avait aucun antécédent particulier. L'examen avait noté un bon état général, un abdomen souple, un saignement minime d'origine endo-utérine et l'absence de douleur au niveau des culs de sac vaginaux. Le test de grossesse urinaire fait aux urgences était positif. L'échographie pelvienne révélait une GIU avec un sac gestationnel intra-utérin contenant une vésicule vitelline (Figure n° 1) et un



Fig. 1: Grossesse intra-utérine (GIU) (Échographie)

Du Centre Hospitalier de Soavinandriana, et de l'Université d'Antananarivo, Madagascar.

*Auteur correspondant:

Dr. RANDRIAMAHAVONJY Romualde

Adresse: Service Maternité
Centre Hospitalier de Soavinandriana
Rue Dr MOSS, Soavinandriana
B.P. 06 Bis, Antananarivo Madagascar

Téléphone: +261 33 11 017 97

E-mail: vonjyrom@yahoo.fr

embryon doté d'une activité cardiaque d'environ 6 SA (+/- 5j). Un retour à domicile a été alors décidé avec une prescription d'antalgiques et d'antispasmodiques simples.

Une semaine après, la patiente revenait aux urgences pour une douleur abdominale intense avec des vomissements. L'abdomen était souple, le saignement était minime, fait de sang rouge toujours d'origine endométriale, la tension artérielle était de 116>67 mmHg et la fréquence cardiaque de 93 battements par minute (bpm). Les paramètres biologiques étaient normaux. L'échographie objectivait une GIU arrêtée accompagnée d'un épanchement de faible abondance dans le cul de sac de Douglas. Devant ce tableau clinico-biologique, la douleur et les vomissements étaient mis sur le compte d'une douleur expulsive de la grossesse arrêtée ; la patiente a été hospitalisée et mise sous antalgiques et antispasmodiques par voie intraveineuse.

Seize heures après, la douleur s'aggravait. Une défense abdominale apparaissait. Le toucher vaginal objectivait une sensibilité des culs de sac pelviens. L'état général était encore conservé à part une tachycardie à 123 bpm. Le diagnostic clinique d'épanchement intrapéritonéal était alors posé avec suspicion d'une GEU associée. Une seconde échographie montrait une image échogène mal limitée en position latérotérine droite (Figure n° 2), associée à une exagération de l'épanchement dans le cul de sac de Douglas (Figure n°3). Une cœlioscopie exploratrice était réalisée et permettait d'affirmer une GEU tubaire droite rompue. Une salpingectomie a été alors réalisée, suivie d'un curetage intra-utérin pour évacuer la rétention ovulaire. Les suites opératoires étaient simples exceptée une anémie à 8g/dl d'hémoglobinémie.

Cas N°2

Madame R., âgée de 35 ans, G₆P₁A₄, était venue en consultation aux urgences à 7 semaines d'amenorrhée (SA) pour une douleur pelvienne intense d'apparition récente. Dans ses antécédents, on notait une appendicectomie et une obstruction tubaire droite documentée, probablement d'origine infectieuse. L'examen clinique n'a rien révélé de particulier en dehors d'un saignement d'origine endo-utérine fait de sang rouge. Une échographie a été faite d'emblée et a mis en évidence une GIU avec un embryon de 7SA+2j (+/- 5j), doté d'une activité cardiaque (Figure n°4) et l'absence d'épanchement péritonéal. Le diagnostic de menace d'avortement hyperalgique a été retenu. La patiente a été alors hospitalisée pour la prise en charge de sa douleur et pour une surveillance clinique.

Sept heures après, les douleurs se sont exagérées et l'examen clinique objectivait une pâleur cutanéo-muqueuse importante, une hypotension artérielle à 76>42 mmHg, une tachycardie à 117 bpm, une défense abdominale, des cris de l'ombilic et de Douglas. L'échographie révélait un important épanchement intra-péritonéal et le taux d'hémoglobine a baissé de 11g/dl à 6g/dl.



Fig. 2: Masse latérotérine droite mal définie (Échographie)



Fig. 3: Épanchement dans le cul de sac de Douglas (Échographie)



Fig. 4: GIU avec un embryon de 7SA+2j (+/- 5j) (Échographie)

Une laparotomie faite en urgence découvrit une GEU tubaire gauche rompue et une hémopéritoine d'environ 2100 ml. Une salpingectomie gauche a été réalisée. La patiente bénéficiait d'une transfusion de 4 poches de sang total en per et post opératoire. Les suites opératoires étaient marquées par une fausse couche.

En post opératoire immédiat, la patiente avoua avoir déjà consulté, plus tôt dans la journée, dans un autre centre hospitalier pour une douleur abdominale pour laquelle elle a bénéficié d'un examen échographique. Le compte rendu fourni par le mari notait la présence d'une masse latéro-utérine gauche (Figure n°5) qui avait été assimilée à un corps jaune hémorragique, pour lequel elle avait eu un traitement anti-inflammatoire et antalgique.

Discussion

La fréquence de la grossesse hétérotopique a augmenté depuis l'avènement de la procréation médicalement assistée, en particulier par l'utilisation du citrate de clomifène [3- 5]. Néanmoins sa survenue sur une grossesse spontanée reste rare. Quelques cas ont été rapportés dans la littérature, dont la fréquence varie de 1/30000 à 2/10000 [6, 7].

Tous les facteurs de risque de survenue d'une grossesse ectopique peuvent être retrouvés chez une patiente présentant une grossesse hétérotopique [5, 8], comme des antécédents de fausses couches à répétition et une obstruction tubaire droite probablement d'origine infectieuse, retrouvés chez notre deuxième patiente. En outre, l'implantation ectopique de l'un des œufs peut être due, soit à des fécondations successives décalées dans le temps de deux ovules par deux spermatozoïdes, soit à une différence de vitesse de migration de deux ovules fécondés simultanément, soit à une implantation différée due à un retard de captation ovulaire ou par la captation par la trompe controlatérale. Les conséquences en seraient un excès de volume de l'œuf fécondé qui l'empêcherait de progresser dans la trompe [6, 7]. Cet arrêt de progression peut également être due à l'effet inhibiteur de la progestérone sécrétée par l'œuf implanté en intra-utérin sur le péristaltisme tubaire. Ceci expliquerait le fait que la plupart des ectopies siègent à ce niveau [9], comme nos cas le confirment.

Les circonstances de découverte d'une grossesse hétérotopique sont variables. Dans 90% des cas, ce sont les signes de la GEU qui prédominent. Le diagnostic est alors relativement aisé. Autrement, les signes peuvent être trompeurs : une douleur abdominale isolée, rendant le diagnostic difficile en particulier quand c'est la GIU qui est mise en évidence en première, l'absence fréquente de la métrorragie [9]. Cette dernière situation est une éventualité rare mais dangereuse, car elle retarde le diagnostic et par conséquent la prise en charge. Les symptomatologies cliniques sont souvent rattachées à une menace d'avortement ou à un avortement en cours, et le diagnostic n'est suspecté qu'à l'apparition des signes d'une hémopéritoine secondaire à une rupture de la GEU [7] associée ou non à un état de choc maternel [9], souvent mortel.

Le cas de nos deux patientes nous ont permis d'illustrer cette difficulté diagnostique ainsi que le risque vital encouru à cause du retard diagnostique. En effet, elles n'ont bénéficié de la prise en charge adéquate qu'au stade d'hémopéritoine aiguë.

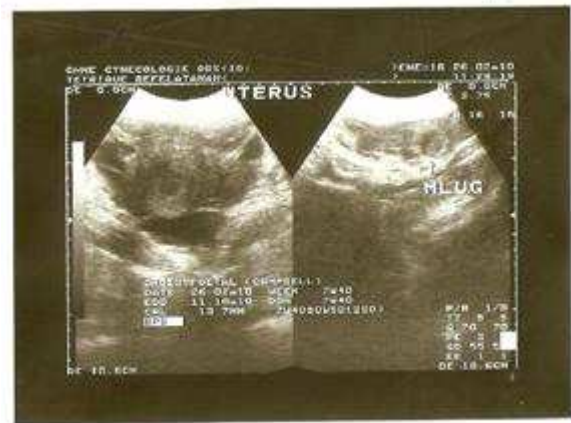


Fig. 5: Masse latéro-utérine gauche (Échographie)

Le diagnostic repose sur l'échographie [6]. Selon Ardaens et al, lors des grossesses spontanées, il est admis que la présence d'une GIU à l'échographie écarte la présence d'une GEU [10]. Nos observations ont confirmé qu'elle peut cacher la coexistence d'une GEU.

Ainsi chaque urgentiste et chaque obstétricien ne doivent pas se contenter d'un diagnostic de menace d'avortement ou d'avortement en cours devant toute douleur abdominale du premier trimestre de la grossesse. L'examen des annexes doit être systématique après la mise en évidence de la GIU, surtout chez les patientes ayant des facteurs de risque de faire une GEU [9]. L'échographie pose le diagnostic et permet de préciser l'âge de la grossesse, le siège de la GEU, l'évolutivité de la GIU, et de rechercher d'éventuelles complications [6, 7]. Les éléments échographiques qui permettent d'affirmer une grossesse hétérotopique sont la présence d'un sac gestationnel intra-utérin avec une masse latéro-utérine arrondie entourée d'un halo trophoblastique échogène, contenant parfois un embryon, associée ou non à un épanchement dans le cul de sac de Douglas [6]. Le dosage de la beta-HCG plasmatique n'a pas d'indication car la cinétique va suivre la cinétique habituelle d'une GIU évolutive [7].

Le principe de prise en charge de la grossesse hétérotopique consiste à intervenir sur la GEU en essayant de respecter la GIU. La cœlioscopie exploratrice doit être effectuée en première intention en cas de doute diagnostique pour le confirmer et pour permettre de préserver au maximum le pronostic de la GIU [11], ainsi que pour essayer de conserver la trompe autant que possible [7]. La laparotomie reste préférable en cas d'hémorragie intra-abdominale abondante ou en présence d'un état de choc [9]. Le traitement médical ne peut être une alternative en cas de diagnostic précoce que si la GIU n'est pas évolutive ou dans les pays où l'avortement est légal [6]. La transfusion sanguine peut être nécessaire selon la déperdition sanguine.

Quoiqu'il en soit, la GEU reste la première cause de mortalité maternelle au premier trimestre de la grossesse [12]. Le retard de diagnostic limite la possibilité

d'un traitement conservateur. La salpingectomie, souvent incontournable, est responsable d'une l'infertilité secondaire. L'évolution de la GIU associée est variable, des grossesses menées à terme après traitement de la GEU ont été rapportées dans la littérature [3, 9, 13].

Conclusion

Le diagnostic de grossesse hétérotopique ne doit pas être exclu par la découverte d'une GIU sur un cycle spontané. Elle doit être suspectée devant toute apparition de douleur abdominale, la présence d'une masse latéro-utérine avec ou sans écho embryonnaire visible et/ou présence d'épanchement intra-péritonéal au premier trimestre de la grossesse.

Références

1. Chandra PC, Schiavello HJ, Briggs SL, Samuels JD . Heterotopic pregnancy with term delivery after rupture of a first- trimester tubal pregnancy. A case report. *J Reprod Med* 1999; 44(6): 556-8.
2. Choukroun J, Friedman S, Chene P. Grossesse intra-utérine et extra-utérine simultanées. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 1981 ; 10 : 231-4.
3. Greingor JL, Lazarus S, Hayek G, Aussedat M, Polo M. La grossesse extra-utérine : on n'y pense jamais assez. *JEUR* 2006 ; 19 (2) : 69-70.
4. Ludwig M, Kaisi M , Bauer O, Dierich K. Heterotopic pregnancy in a spontaneous cycle : do not forget about it! *Case Repor. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1999; 87: 91-3 (s).
5. Forveille C, Boulieu D. Grossesse extra-utérine après fécondation in vitro. A propos de 6 cas. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1997 ; 26(4) : 374-78.
6. Ousehal A, Mamouchi H, Ghazli M , Kadiri R. Grossesse hétérotopique : intérêt de l'échographie sus pubienne (à propos d'un cas). *J Radiol* 2001 ; 82(7) :851-3.
7. Laghazaoui Boukaidi M, Bouhya S, Sefrioui O, Bennani O, Hermas S, Aderdour M. Grossesse hétérotopique: à propos de huit cas. *Gynécol Obstet Fertil* 2002 ; 30(3) : 218-23.
8. Tay JI, Moore J, Walker JJ. Ectopic pregnancy. *Br Med J* 2000; 320: 916-9.
9. Simsek T, Dogan A, Simsek M, Pestereli E. Heterotopic triplet pregnancy (twin tubal) in a natural cycle with tubal rupture: a case report and review of the literature. *J Obstet Gynaecol Res*. 2008; 34(4):759-62.
10. Ardaens Y, Guerin B, Perrot N, Legoeff F. Apport de l'échographie dans le diagnostic de la grossesse extra-utérine. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2003; 32(7): 3S28-3S38.
11. Sefroui O, Azyer M, Babahabib A, Kaanane F, Matar N. Pregnancy in rudimentary uterine horn: diagnosis and therapeutic difficulties. *Gynecol Obstet Fertil* 2004; 32(4): 308-10.
12. Seoud AA, Saleh MM, Yassin AH. Spontaneous hétérotopique pregnancy: a successful outcome. *Clin Exp ObstetGynecol*. 2007; 34(4): 252-3
13. Habana A, Dokras A, Giraldo JL, Jones EE. Cornual heterotopic pregnancy: contemporary management option. *Am J Obst Gynecol*. 2000; 182(5): 1264-70.