

Grossesse hétérotopique : à propos d'un cas et revue de la littérature

Salaheddine Achkif ,Yassine EL Baraka , M Karam Saoud , Mamouni Nissrine,Sanaa Erarhay,Chahrazed Bouchikhi, Abdelaaziz Banani

Université Sidi Mohammed Ben Abdellah, Service de Gynécologie-Obstétrique I, CHU Hassan II, Fès, Maroc.

Abstract : *Heterotopic pregnancy (GH) is defined as the simultaneous presence of an intrauterine pregnancy (IUP) and an ectopic pregnancy (EP). These pregnancies are twin pregnancies in which one of the nests is in the uterine cavity and the other is ectopic, regardless of its location. It is a rare pathology, but its frequency is clearly increasing these last years because of the development of the techniques of medical assistance to procreation and the recrudescence of the high genital infections. We report the case of a GH, association of an ectopic pregnancy and a terminated pregnancy.*

Keywords : grossesse hétérotopique, GEU

Introduction

La grossesse hétérotopique (GH) est définie par la présence simultanée d'une grossesse intra-utérine (GIU) et d'une grossesse extra-utérine (GEU). Il s'agit de grossesses géminaires bi-ovulaires dont l'une des nidations s'est faite dans la cavité utérine et l'autre en situation ectopique quel que soit sa localisation.

C'est une pathologie rare, mais sa fréquence est en nette augmentation ces dernières années du fait du développement des techniques d'assistance médicale à la procréation et de la recrudescence des infections génitales hautes.

Nous rapportons le cas d'une GH, association d'une grossesse extra-utérine et d'une grossesse arrêtée.

Patient(s) et observation(s)

Notre patiente âgée de 32 ans, sans antécédent pathologique notable, deuxième geste avec un accouchement par voie basse, notion de stérilité secondaire de 6 ans,

Admise pour des douleurs pelviennes évoluant depuis une semaine associée à des métrorragies de faible abondance sur une aménorrhée de 6 semaines.

L'examen Clinique objective un utérus augmenté de taille avec une sensibilité latéro-utérine gauche.

L'échographie pelvienne endovaginale a permis le diagnostic d'une grossesse hétérotopique en montrant un sac ovulaire intra-utérin mesurant 30 mm contenant un embryon de 10 mm sans activité cardiaque, associé à un deuxième sac gestationnel extra-utérin gauche mesurant 20 mm, associé à un épanchement intra-péritonéal de moyenne abondance (Fig. 1).

La patiente a bénéficié d'une laparotomie exploratrice (devant l'installation d'une instabilité hémodynamique) a permis de confirmer le diagnostic de GEU ampullaire gauche fissurée avec un hémopéritoine de 500 cm³. L'utérus augmenté de taille , loge hépatique était sans anomalie.

Nous avons pratiqué un traitement radical consistant à une salpingectomie gauche devant un saignement pércistant après le traitement la tentative du traitement conservateur.

L'intervention a été complétée par une aspiration endo-utérine afin d'évacuer la grossesse arrêtée. Les suites postopératoires ont été simples. Le suivi de la cinétique du taux des HCG a objectivé une décroissance jusqu'à la négativation traduisant l'efficacité du traitement. L'examen anatomopathologique a confirmé le diagnostic d'une grossesse hétérotopique.

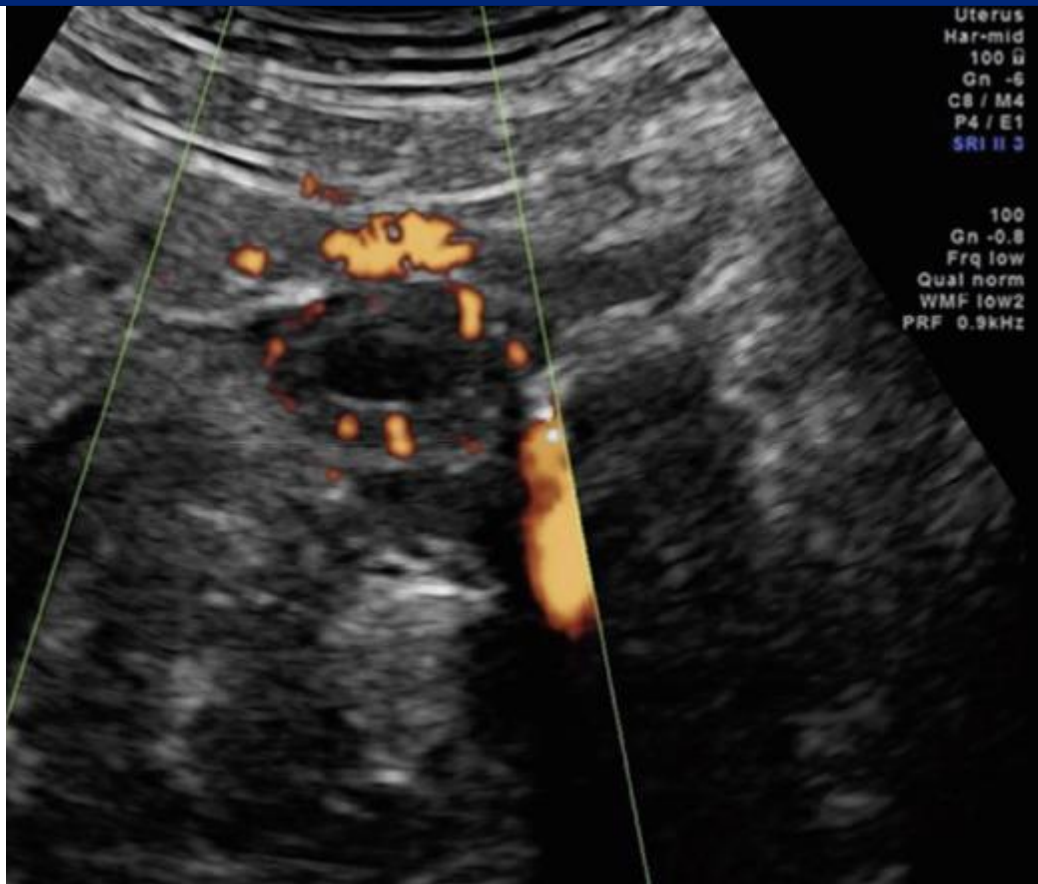


Figure 1 : échographie endo vaginale montrant une image latéro utérine gauche en mode doppler montrant une vascularisation en anneau en faveur d'un sac gestationnel.



Figure 2 : image per opératoire de la grossesse extra-utérine ampulaire avec réalisation d'une salpingectomie.

Discussion

La grossesse hétérotopique (GH) est une pathologie rare. Sur le plan épidémiologique, la fréquence a tendance à augmenter avec le développement des techniques de PMA, en particulier par l'utilisation du citrate de clomifène [1]. Les GH sont moins fréquentes lors des grossesses spontanées [2]. Quelques cas ont été rapportés dans la littérature, dont la fréquence varie de 1/30 000 à 2/10 000[1].

Sur le plan physiopathologique il peut s'agir d'une grossesse hétérotopique spontanée en dehors de tout contexte d'hyperstimulation (lors d'une fécondation simultanée, dont le mécanisme est celui d'une grossesse gémellaire bi ovulaire, ou d'une fécondation différée exceptionnelle [3]) ou bien au cours d'une procréation médical assisté (lors du transfert d'embryons qui pourraient être poussés directement dans la trompe, ce passage pouvant être facilité par une latéro déviation utérine favorisée par les adhérences pelviennes [4].

Les facteurs de risques sont identiques aux facteurs de risque des grossesses ectopiques auxquels il faut ajouter le risque particulier lié aux techniques de reproduction assistée [5].

Sur le plan clinique, la triade classique (aménorrhée, métrorragies et douleurs pelviennes) est souvent retrouvée en cas de grossesse combinée. L'association de cette

triade à une augmentation du volume utérin est fortement évocatrice de grossesse hétérotopique. c'est le cas de notre patiente , En revanche, le diagnostic est difficile si les signes de la GIU sont au premier plan avec un tableau de menace d'avortement ou de fausse couche. C'est une éventualité rare, elle est grave car les signes de la GEU sont masqués par ceux de la GIU. La GEU non suspectée au départ se manifestera les jours suivants par un tableau de rupture tubaire [6].

l'échographie permet de préciser : l'âge de la grossesse, la qualité de la GIU, le siège de la GEU et l'existence d'un éventuel épanchement. Le diagnostic est certain lorsqu'on met en évidence un sac gestationnel intra-utérin contenant un embryon et un autre sac extra-utérin contenant des échos embryonnaires, surtout quand l'activité cardiaque est positive. Le plus souvent le diagnostic de GIU est posé en premier, la GEU est découverte plus tardivement [7.8]. Toutefois, l'échographie peut être faussement rassurante en ne visualisant que la GIU. En effet, le diagnostic échographique préopératoire de grossesse hétérotopique n'a été porté que dans 10 à 14 % des cas. [8]

Le taux des bHCG n'a pas de valeur prédictive sur l'existence d'une grossesse hétérotopique. Le dosage sérié du taux de progestérone et d'estradiol au cours d'une grossesse combinée est identique à celui de la GIU.

Le traitement de référence est la coelioscopie a but diagnostic et thérapeutique [8].

La laparotomie est indiquée si l'état hémodynamique est instable. Le traitement chirurgical, même par laparotomie, ne semble pas perturber le développement de la grossesse intra-utérine [8], sous réserve que la manipulation de l'utérus soit minimale, la tocolyse prophylactique n'est pas nécessaire. Le traitement chirurgical sera au maximum conservateur par salpingotomie, surtout chez les patientes au passé de stérilité ou paucipare [8], avec des difficultés de la surveillance postopératoire puisque le dosage de l'HCG est modifié par la grossesse intra-utérine évolutive.

En cas de traitement radical, la salpingectomie doit être réalisée sans résection de la portion interstitielle pour ne pas fragiliser l'utérus [8].

Le traitement médical est basé sur l'injection locale de KCl sous écho-guidage et représente une bonne alternative à la chirurgie [9]. L'injection in situ de soluté glucosé hyperosmolaire a été aussi rapportée . Une baisse transitoire du taux plasmatique de B-HCG après traitement de la GEU est fréquemment observée et correspond à l'arrêt de la GEU. Le méthotrexate en injection locale ou par voie générale est déconseillé à cause de son effet tératogène et toxique sur la GIU [4].

L'évolution de la grossesse hétérotopique dépend de la précocité du diagnostic et de la prise en charge [4]. Le pronostic maternel est d'autant plus péjoratif que le diagnostic est fait plus tardivement.

Conclusion

la GH est en augmentation vue le développement des techniques de la reproduction médicalement assistée . Cependant, le diagnostic reste difficile.

La clinique est variable en fonction du moment du diagnostic et du fait que les signes prédominants sont ceux de la GIU ou ceux de la GEU. L'échographie permet de poser le diagnostic de la grossesse hétérotopique en précisant la vitalité de la GIU et le siège de la GEU. La coelioscopie est à la fois diagnostique et surtout thérapeutique.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts

Références

- [1] Tal J, Haddad S, Gordon N, Timor-Tritsu I. Heterotopic pre-gnancy after ovulation induction and assisted reproductivetechnologies: a literature review from 1971 to 1993. *FertilSteril* 1996;66:1—12.
- [2] Amagada JO, Vine SJ. Spontaneous heterotopic pre-gnancy remains a diagnostic enigma. *J Obstet Gynaecol*2005;25(1):72—3..
- [3] Mehrabian F, Robati BK. Heterotopic abdominal pregnancy following ovulation induction with Clomiphene citrate. *Iran J Reprod Med.* 2010; 8: 51- 54.
- [4] Baxi A, Kaushal M, Karmalkar HK, et all. Successful expectant management of tubal heterotopic pregnancy. *J Hum Reprod.* 2010; 3: 108-110.
- [5] Zhang YL, Sun J, Su YC, and all.[Study on the incidence and influences on ectopic pregnancy from embryo transfer of fresh cycles and frozen-thawed cycles].*Zhonghua Fu Chan KeZaZhi.* 2012;47:655—8.
- [6] 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.
- [7] Amagada JO, Vine SJ. Spontaneous heterotopic pre-gnancy remains a diagnostic enigma. *J Obstet Gynaecol*2005;25(1):72—3.
- [8] Kraemer B, Kraemer E, Guengoer E, Juhasz-Boess I, SolomayerEF, Wallwiener D, et al. Ovarian ectopic pregnancy: diagnosis,treatment, correlation to Carnegie stage 16 and review basedon a clinical case. *Fertil Steril* 2009;92:392.
- [9] Fernandez H, Lelaidier C, Doumerc S, Fournet P, Olivennes F, Frydman R. Non surgical treatment of heterotopic pregnancy: a report of six cases. *Fertil Steril* 1993;60:428—32.