

# Abdominal Pregnancy: Case Study

ALADA S; EL OUARTI. O; FZ. FDILI ALAOU; S. JAYI; H. CHAARA; M A. MELHOUF

Service de GO II CHU HASSAN II FES MAROC

**Abstract:** Abdominal pregnancy (AG), one of the varieties of ectopic pregnancies, is defined as the implantation and primary or secondary development of the egg, in part or in whole, in the abdominal cavity. the secondary form is the most common and is linked to a tubo-abdominal abortion or ruptured tubal ectopic pregnancy [1] and the primary form is extremely rare. The progressive forms beyond the 5th month are exceptional in developed countries, but frequent in those with low medical density. It is responsible for perinatal mortality of between 40 and 95% [8]. Maternal mortality is 5.2% [9]. The objective of our article was to highlight the importance of 1st trimester ultrasound in order to make the diagnosis, emphasizing the location of the adnexa and the usefulness of the endovaginal approach.

## GROSSESSE ABDOMINALE : A PROPOS D'UN CAS

ALADA S ; EL OUARTI. O ; FZ. FDILI ALAOU ; S. JAYI ; H. CHAARA ; M A. MELHOUF

Service de GO II CHU HASSAN II FES MAROC

### Introduction

La grossesse abdominale (GA) l'une des variétés des grossesses ectopiques, se définit comme étant l'implantation et le développement primaire ou secondaire de l'œuf, en partie ou en totalité, dans la cavité abdominale. la forme secondaire est la plus fréquente et liée à un avortement tubo-abdominal ou à une rupture de Grossesse extra-utérine (GEU) tubaire [1] et la forme primaire est extrêmement rare. Les formes évolutives au-delà du 5<sup>e</sup> mois sont exceptionnelles dans les pays développés, mais fréquentes dans ceux à faible densité médicale. Elle est responsable d'une mortalité périnatale comprise entre 40 et 95 % [8]. La mortalité maternelle est de 5,2% [9]. L'objectif de notre article était de mettre en valeur l'importance de l'échographie du 1<sup>er</sup> trimestre afin de réaliser le diagnostic, en insistant sur le repérage des annexes et l'utilité de la voie endo-vaginale.

### Observation

Madame G.M. Patiente de 22 ans, primigeste, de bas niveau socio-économique avec un antécédent d'infection génitale mal traitée. Elle était admise aux urgences gynéco-obstétrique de CHU Hassan II Fès pour des vomissements gravidiques avec des douleurs abdominopelviennes persistantes à 09 semaines d'aménorrhée (SA). L'examen clinique trouve patiente stable sur le plan hémodynamique et respiratoire, apyrétique avec à l'examen abdominal une sensibilité hypogastrique, l'examen obstétrical est sans particularité

L'échographie, réalisée, avait retrouvé un utérus de taille normale avec endomètre épaissi, vide, présence d'un sac gestationnel extra-utérine avec embryon et activité cardiaque positif LCC=09SA associée à un épanchement pelvien modéré. La localisation

Abdominale était suspectée par l'identification de la paroi utérine antérieure à côté du sac gestationnel.

La patiente avait bénéficié une prise en charge chirurgicale. La mini laparotomie en urgence avait confirmé le diagnostic en mettant en évidence le sac gestationnel dans la cavité péritonéale attaché au grand omentum sur sa partie distale, les trompes et les ovaires

Sont intacts, résection de la GEU avec une partie de l'épiploon en éliminant le tissu trophoblastique en totalité avec ligature de l'épiploon

Les suites post-op étaient simples



Le fœtus et le placenta en monobloc

Longueur cranio-caudale (LCC) correspond à 11SA

### Discussion

La grossesse abdominale (GA) est une urgence diagnostique car elle peut engager le pronostic vital en cas de rupture se définit comme la nidation et le développement de l'œuf fécondé dans la cavité péritonéale. Le premier cas de grossesse abdominale a été décrit par un chirurgien arabe en 1678 : Bayle qui a rapporté un cas de lithopédion. La fréquence des grossesses abdominales varie

Selon les pays et semble favorisée par 2 facteurs, l'infection génitale et l'insuffisance de suivi de la grossesse (2). De ce fait, elle demeure exceptionnelle dans les pays riches (de 1/7000 à 1/15 000 accouchements) mais plus fréquente dans les pays du Tiers Monde : 1/1134 en Afrique du sud 1/2583 à Dakar (3). A Madagascar, aucune étude n'a permis d'en évaluer la fréquence.

On distingue 2 types de grossesses abdominales liés aux mécanismes physiopathologiques (4-7) : Primaire et Les grossesses abdominales secondaires, les plus fréquentes, sont dues à un avortement tubo-abdominal, à une rupture de grossesse tubaire, ou à la migration d'une grossesse intra-utérine au travers d'une brèche d'hystérectomie, de perforation utérine ou d'une corne rudimentaire.

**III-- Facteurs favorisants** : Plusieurs facteurs favorisant pourraient expliquer la forte prévalence de cette pathologie dans les pays en voie de développement. D'après la littérature. [13-14], des malformations génitales, des séquelles d'infections des voies génitales, une cicatrice de

Césarienne, myomectomie, perforation post curetage, et un bas milieu socio-économique lié à une insuffisance de suivi de grossesse, Il est décrit d'autres facteurs de risque de GA dans la littérature à savoir la FIV, et le dispositif intra-utérin

**III-- Diagnostic** : Sur le plan diagnostique, plusieurs symptômes permettent d'orienter le diagnostic (8) : - Au-delà du 1er trimestre, le tableau clinique est dominé par de douleurs abdomino-pelviennes, souvent permanentes, pouvant s'accompagner d'un tableau d'hémopéritoine massif, des métrorragies (3,15,29), de syndrome occlusif, des troubles digestifs à type de nausées, vomissements, +/-constipation, un fœtus très superficiel souvent en position atypique transversale haute, une anémie et une augmentation du taux de l'alpha-foeto-protéine (8).

Le diagnostic préopératoire de GA est difficile, la symptomatologie non spécifique, le polymorphisme clinique lié au terme diagnostique, la faible rentabilité de l'imagerie traditionnelle et. Sa rareté explique que, dans 50 % des cas, sa découverte sera fortuite et chirurgicale. On distinguera deux tableaux cliniques : la GA précoce et la GA avancée.

La GA avancée peut se présenter sous différentes situations cliniques, liées, au terme diagnostique à la vitalité fœtale.

**III-2Imagerie** : L'échographie : tient une place importante pour la confirmation diagnostique en montrant un fœtus dans un sac gestationnel en dehors de l'utérus. Elle précise également la vitalité fœtale et le siège d'insertion du placenta la mise en évidence des signes directs et indirects de GEU comme dans notre cas « utérus vide avec un embryon en extra-utérine avec une activité cardiaque positive (image 2, image 4)

**L'IRM** : permet en plus des données échographiques (étude fœtale et utérine), de situer avec précision le siège d'insertion placentaire (3). Celui-ci détermine les risques maternels et la survie fœtale. Elle permet également de suivre l'évolution placentaire (28). L'IRM informe également sur la localisation placentaire extra-utérine fournissant de précieux renseignements préopératoires [13-24

**Autres examens complémentaires** : L'ASP est indiqué en cas de syndrome occlusif ou d'une position atypique du fœtus, mais l'examen clé demeure la cœlioscopie (9).

**III-6- Traitement :** La décision est prise en considérant la viabilité du fœtus et les risques encourus par la mère. et Pour ne pas exposer la mère aux risques infectieux et aux troubles de la coagulation, une intervention réglée est indiquée, L'option thérapeutique dépend fortement de l'état hémodynamique de la patiente ainsi que de la localisation, de l'âge, de la taille de la grossesse extra-utérine. Le traitement de la grossesse abdominale est chirurgical, au mieux par laparotomie, pour une meilleure maîtrise du risque hémorragique, Certains auteurs recommandent une interruption médicale de la grossesse une fois le diagnostic posé, Par contre, chez notre patiente, l'ablation complète de la corne utérine a permis d'enlever sans danger le sac et la totalité du placenta.

L'abandon du placenta « in abdomino » doit inciter à une surveillance postopératoire plus rigoureuse à la recherche de complications rares, mais graves à type d'abcédation du placenta, d'hémorragie secondaire ou d'occlusion intestinale. Cette surveillance est assurée par l'échographie Doppler, les dosages répétés des hormones placentaires (BHCG), et/ ou l'IRM (1,2,). L'utilisation de méthotrexate est aussi préconisée par certains auteurs pour accélérer la résorption mais serait compliquée d'infection par nécrose placentaire

Après 20 SA, La plupart des auteurs recommande la laparotomie une fois le diagnostic posé, sans considération du statut fœtal compte tenu du caractère imprévisible et grave des complications maternelles survenant à tout terme [31,32]

**III- 7-Pronostic :** Le pronostic maternel, dépend de la précocité du Diagnostic et de l'attitude thérapeutique ; selon certains auteurs (35) la mortalité maternelle varie de 0 à 18 %. Le pronostic a été favorable chez notre patiente, Quant au pronostic fœtal il est sombre avec une mortalité de l'ordre de 75-95% (5) liée à la vascularisation défectueuse du placenta, à l'hypotrophie et aux malformations fœtales.

#### **IV- Conclusion**

La grossesse abdominale est une entité très rare, La GA est une variété rare de la grossesse ectopique dont l'évolution jusqu'au 3ème trimestre est possible, malgré des complications hémorragiques et digestives. C'est une pathologie encore rencontrée dans les pays en voie de développement où la médicalisation est insuffisante. Le polymorphisme clinique rend le diagnostic difficile. L'échographie dans le diagnostic de cette affection est quasi incontournable, quand elle montre un utérus vide et un fœtus au niveau de la cavité abdominale. La formation du personnel médical qualifié à la pratique de l'échographie obstétricale, et sa systématisation au cours de la grossesse pourraient améliorer le diagnostic et le pronostic. Le pronostic fœtal reste réservé dans tous les cas, mais celui de la mère peut être amélioré par la précocité du diagnostic et la prise en charge adéquate.

#### **Références**

1. Bouzid F, Mounal G. Diagnostic précoce d'une grossesse dans une corne rudimentaire. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1992;21:263—4.
2. Sfar E, Kaabar H. La grossesse abdominale, entité anatomoclinique rare. Rev Fr Gynecol Obstet 1993;88:261
3. DIOUF A., DIOUF F., CISSE CT., DIALLO D., GAYE A, DIADHIOU F ,La grossesse abdominale à terme avec enfant vivant. A propos de 2 observations. J. Gynécol. Biol. Reprod. 1996, 25 : 212-215.
4. Alto WA. Abdominal pregnancy. Am Fam Physician 1990;41:209—14.
5. Lepers S, Besserve P, Montravers P. Anesthetic management for 5. delivery of an abdominal pregnancy. Ann FrAnasth Reanim 1999;18-5:530—3. A K PADZA K, BA E TA S, O U R E YA H, WOZUFIA F - Grossesse ab d ominale et grossesse intra-utérine simultanées à terme avec enfants
7. BOUZID F, CELLAMI D, BAATI S, CHAABOUNI M et Coll – La grossesse abdominale. Rev Fr Gynecol Obstetr 1996 ; 91 :616-8.
8. RAJAONARISON TJ - Grossesse abdominale sur rupture progressive d'un utérus cicatriciel : à propos d'un cas : Thèse de doctorat en Médecine, 2004, n°25.

9. *Beddock R, Naepels P, Gondry C, Camier B, Boulanger JC, Gondry J. Diagnosis and current concepts of management of advanced abdominal pregnancy. Gynecol Obst et Fertil*
10. *H A I NAUT F, M AYENGA JM, CRIMAIL P - La grossesse abdominale tardive. A propos d'un cas. Rev Fr Gynecol Obstetr 1 9 9 1 ; 86*