

Early Abdominal Pregnancy: Diagnostic Difficulties through a Case.

Laiche.N, Barick.A, Jayi.S, Fdili Alaoui.FZ, Chaara.H, Melhouf My. A

Service de Gynécologie Obstétrique II CHU Hassan II Fès

Abstract : *Abdominal pregnancy is an extremely rare entity of ectopic pregnancies. It is more common in developing countries. We report the case of early abdominal pregnancy in a patient admitted for vomiting with abdominal pain at 09 weeks of amenorrhea. Clinical signs and physical examination contributed little to the diagnosis, which was strongly suspected in the ultrasound and confirmed during the surgery. Our objective is to highlight the importance of ultrasound for any admission in the first trimester of pregnancy by emphasizing the individualization of the uterine wall during its realization.*

Keywords : *Ultrasound - Abdominal pregnancy - Ectopic pregnancy.*

Grossesse abdominale précoce :

Les difficultés diagnostiques à travers un cas.

RESUME :

La grossesse abdominale est une entité extrêmement rare des grossesses extra-utérines. Elle est plus fréquente dans les pays en voie de développement. Nous rapportons le cas d'une grossesse abdominale précoce chez une patiente admise pour des vomissements avec douleur abdominopelvienne à 09 semaines d'aménorrhée. Les signes cliniques et l'examen physique ont peu contribué au diagnostic, celui-ci a été fortement suspecté à l'échographie et confirmé lors de l'intervention chirurgicale. Notre objectif est de mettre en valeur l'importance de l'échographie pour toute admission au premier trimestre de grossesse en insistant sur l'individualisation de la paroi utérine pendant sa réalisation.

Mots clés : *Echographie - Grossesse abdominale - Grossesse extra-utérine.*

INTRODUCTION :

La grossesse abdominale est l'une des variétés des grossesses ectopiques qui correspond à l'implantation et au développement primaire ou secondaire de l'œuf fécondé en partie ou en totalité dans la cavité abdominale.

Elle constitue 1,4% des grossesses extra-utérines (GEU) [1]. Sa prévalence varie en fonction des pays.

On distingue la grossesse abdominale précoce de la grossesse abdominale avancée diagnostiquée après 20 semaines d'aménorrhée [2]. Elle survient dans la majorité des cas dans les pays sous-développés où la médicalisation est encore insuffisante [3]. Les signes cliniques étant polymorphes et non spécifiques, son diagnostic est basé souvent sur l'échographie, Le traitement est toujours chirurgical, le pronostic fœtal est souvent très réservé et le pronostic maternel il dépend le plus souvent de la précocité de l'intervention et de l'intervention elle-même. Notre objectif est de mettre en valeur l'importance de l'individualisation de la paroi utérine lors de cet examen au premier trimestre de la grossesse afin de poser un diagnostic précoce.

OBSERVATION :

Il s'agit d'une 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 gynécologique est sans particularité (speculum+ TV : col gravide, pas de saignement, utérus de taille normal, pas de masse ni sensibilité latéro-utérine).

L'échographie, réalisée par voie abdominale (à noter voie endovaginale non disponible aux urgences), 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 (cf. Figure 1). 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 à l'épiploon sur sa partie distale sans signes d'infection, les trompes et l'ovaire gauche sont intacts, ovaire droit présente une image

kyste faisant évoquer un corps jaune, résection de la GEU avec une partie de l'épiploon en éliminant le tissu trophoblastique en totalité.

DISCUSSION :

La grossesse abdominale est une urgence diagnostique car elle peut engager le pronostic vital en cas de rupture.

Fréquence :

La fréquence de la grossesse abdominale est influencée par les facteurs de risque de la grossesse extra-utérine : malformations génitales, séquelles d'infections génitales spécifiques ou non, séquelles de chirurgie tubaire et le milieu socio-économique bas [4]. La fréquence élevée dans les pays en développement est liée à deux facteurs dépendant du niveau socio-économique du pays : l'incidence de l'infection génitale et l'insuffisance de suivi de la grossesse [7].

Notre patiente avait des antécédents d'infection génital mal traité.

De ce fait, elle demeure exceptionnelle dans les pays développés (de 1/10 000 à 1/15 000 accouchements) par contre plus fréquente dans les pays du Tiers Monde : 1/2000 [4].

Au Maroc : 1/11 250 accouchements [9].

Pathogénèse :

On distingue 2 types de grossesses abdominales liés aux mécanismes physiopathologiques [6,12]:

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'hystérotomie, de perforation utérine ou d'une corne rudimentaire. Les grossesses primitives, rares, sont dues à l'implantation de l'œuf dans la cavité péritonéale par retard de captation ovulaire, Elles répondent aux critères diagnostiques de Studdiford décrits en 1942 [10] : trompes et ovaires intacts sans lésion ancienne ou récente, absence de fistule utéro-péritonéale, présence d'une grossesse en relation exclusive avec le péritoine qui forme la caduque réfléchie de l'œuf. La classification des grossesses abdominales en primitive et secondaire est purement didactique et n'a aucune influence sur la prise en charge diagnostique ou thérapeutique [4].

Notre cas peut être classé parmi les grossesses abdominales primitives vu que la grossesse est très précoce avec un corps utérin et des trompes intacts.

Diagnostic :

Le diagnostic de grossesse abdominale non compliqué est difficile et constitue une constatation peropératoire dans 40 à 50% des cas [12]. L'expression clinique de la grossesse abdominale est variable, en fonction du degré de distorsion anatomique qu'elle crée, du site d'insertion placentaire et du terme de grossesse [13]

Au premier trimestre, le diagnostic est difficilement orienté par la clinique car elle est souvent frustrée et non spécifique : douleur abdominale, vomissement incoercible, constipation, métrorragie (rarement rapportée dans la littérature en cas de localisation abdominale) ... [5, 6].

A un terme plus avancé, la clinique est plus parlante : des parties fœtales et des mouvements fœtaux perçus directement sous la peau maternelle, une présentation souvent vicieuse et haute, un col long et tonique souvent fixé sous la symphyse pubienne, des troubles digestifs à type de sub-occlusion, des douleurs abdomino-pelviennes concomitantes aux mouvements fœtaux, une hauteur utérine non proportionnelle à l'âge de la grossesse [7, 8].

Le diagnostic repose alors sur l'échographie surtout à un terme précoce [7, 6] par l'individualisation de l'utérus, en mettant bien en évidence la totalité de ses parois, ainsi que les ovaires et les trompes afin de ne pas passer à côté de ce diagnostic comme dans notre cas. Par voie abdominale, un placenta antérieur peut être source d'erreur diagnostique. En effet, il peut être confondu avec l'épaisseur de la paroi utérine séparant la vessie maternelle et le fœtus. La voie endovaginale est plus performante pour poser le diagnostic d'une grossesse abdominale asymptomatique en particulier à un terme précoce [6, 11].

Chez notre patiente l'orientation du diagnostic est difficile vu que le terme de la grossesse est très précoce et les signes clinique non spécifique. Mais l'échographie nous a permis de fortement suspecter le diagnostic.



Figure 1 : Image échographique de la grossesse abdominale localisée au-dessus de l'utérus (voie abdominale) : A= utérus, B= embryon C= liquide amniotique, D=CDS ↗ = Sac Gestationnel

A un terme avancé de la grossesse, une radiographie de l'abdomen sans préparation peut aider au diagnostic en cas d'impossibilité d'un examen échographique en précisant la position des pôles fœtaux par rapport aux organes intra-abdominaux [7]. D'autres études radiologiques telles que l'IRM et la TDM sont utiles dans les étapes ultérieures afin de déterminer la zone d'insertion placentaire [14].

Prise en charge :

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, sans considération du statut fœtal compte tenu du caractère imprévisible et grave des complications maternelles pouvant survenir à tout moment [16,17]. Pour d'autres une approche conservatrice de la grossesse peut être proposée [18-19] en fonction du terme et de la viabilité fœtale sous réserve d'absence de malformation congénitale majeure, d'un site d'insertion placentaire à distance du foie et de la rate, d'une stabilité clinique maternelle et d'une surveillance rapprochée de la grossesse en bonne concertation avec les parents informés du risque [17]

Dans notre cas la grossesse abdominale est fortement suspecté à l'échographie avec confirmation du diagnostic lors de l'intervention chirurgical par laparotomie (cf. Figure 2).

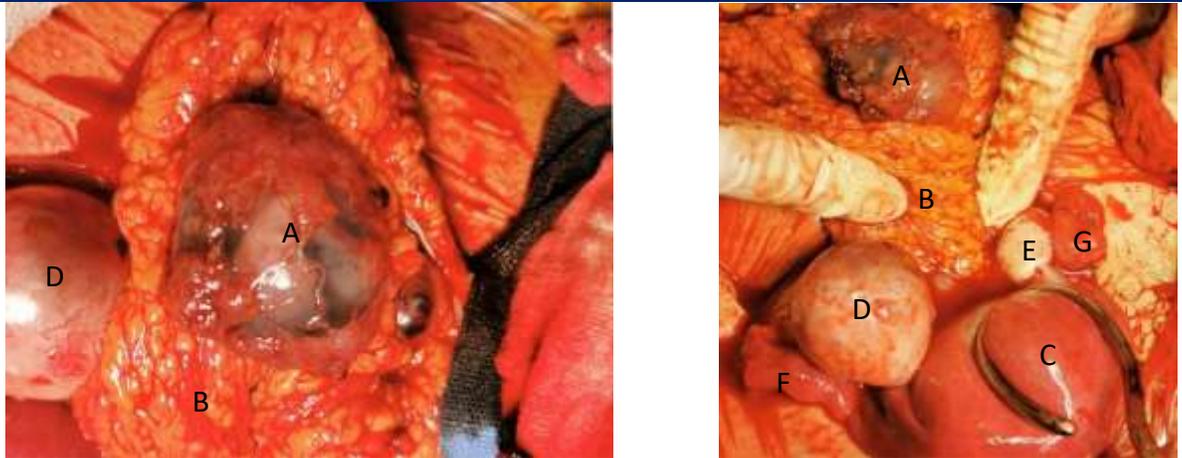


Figure 2 : grossesse abdominale au niveau épiploon (laparotomie), A=sac gestationnel avec embryon, B=épiploon, C=utérus, D=ovaire droit avec kyste ; E=ovaire gauche, F=trompe droite, G= trompe gauche.

Pronostic :

Le pronostic maternel dépend de la précocité du diagnostic et de l'attitude thérapeutique [3]. La mortalité maternelle varie de 0% à 18%, due essentiellement aux hémorragies et aux complications infectieuses [5]. Le pronostic a été favorable chez notre patiente.

Le pronostic fœtal est réservé avec une mortalité élevée, 75% à 95% [15]

CONCLUSION :

Le diagnostic d'une grossesse abdominale est souvent difficile. L'identification de la paroi utérine lors de la réalisation de l'échographie du premier trimestre de la grossesse est un atout permettant d'éviter tout retard diagnostique et donc de prise en charge.

REFERENCES :

- 1-Krishna D, Damyanti S. Grossesse abdominale avancée: un dilemme de diagnostic et de gestion. *J Gynecol Surg.* 2007; 23: 69–72.
- 2- Baffoe P, Fofie CO, Gandau BN. Term abdominal pregnancy with healthy newborn : a case report. *Ghana Medical Journal* 2011;46(2):81-83.
- 3-H. Z. Rabarrijaona, J. P. Rarakotovao, M. J. M. Rakotorahalahy, and J. M. Randriamlarana, La grossesse abdominale, *Med Afr Noire*, 47 (2000), 460–463.
- 4-Beddock R, Naepels P, Gondry C, Camier B, Boulanger JC, Gondry J. Diagnosis and currents concepts of management of advanced abdominal pregnancy. *Gynecol Obstet Fertil.* 2004 Jan;32(1):55-61
5. Mahi M, Boumdin H, Chaour S, et al. Un nouveau cas de grossesse abdominale. *J Radiol* 2002;83(7-8):989-92. DOI: JR-07-08- 2002-83-7-8-0221-0363-101019-ART20.
6. Faller E, Kauffmann E, Chevrrière S, et al. Grossesse abdominale menée à terme. *J Gynécol Obstét Biol Reprod* 2006;35(7):732-5. DOI: JGYN-11-2006-35-7-0368-2315-101019200602668.
7. Randrianantoanina F, Rakotosalama D, Rainibarijaona L, et al. La grossesse abdominale : à propos d'un cas observé à Madagascar. *Med Trop* 2006;66(5):485-7.
8. Guèye M, Cissé ML, Guèye SMK, Guèye M, Diaw H, Moreau JC. Difficultés du diagnostic et de prise en charge de la grossesse abdominale : à propos de deux cas diagnostiqués à terme au Centre Hospitalier Régional de Diourbel du Sénégal. *Clinics in Mother and Child* 2012;9:13. DOI: 10.4303/cmch/C120302.
- 9- A. SETOUANI, A. SNAIBI, Y Boutaleb. La grossesse abdominale. A propos de 7 cas colligés de 1978 à 1986. *J Gynécol Obstet Biol Reprod* 1986 ; 18 : 177-80
- 10-Alto WA. Abdominal pregnancy. *Am Fam Physician.* 1990 Jan;41(1):209-14.

11. Young L, Barnard C, Lewis E, et al. The diagnostic performance of ultrasound in the detection of ectopic pregnancy. *N Z Med J* 2017;130(1452):17-22.

- 12-Riethmuller D, Courtois L, Maillet R, Schaal JP. Gestion de la grossesse extra-utérine: grossesses cervicales et abdominales. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2003; 32 (7): S101-8.

- 13-Worley KC, Hnat MD, Cunningham FG. Grossesse extra-utérine avancée: défis diagnostiques et thérapeutiques. *Suis J Obstet Gynecol.* 2008 mars; 198 (3): 297.e1-7.

- 14- Abderrahim Siati, Taher Berrada, Aziz Baidada, Aicha Kharbach. Abdominal pregnancy with a healthy newborn/ a new case. 2019,34 :35

- 15-S. Ramphal and J. Moodley, Advanced extrauterine pregnancy, *Curr Obstet Gynaecol*, 8 (1998), 90–95

- 16- Jarry J, Peycru T, Tine I, Ougoubemy M, Diouf M. Une grossesse ectopique abdominale, cause rare d'hémopéritoine. *Journal de Chirurgie Viscérale* 2010 ; 147 :148-149.

- 17- Beddock R, Naepels P, Gondry C, Besserve P, Camier B, Boulanger J-C et al. Diagnostic et concepts actuels de prise en charge de la grossesse abdominale avancée. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité* 2004; 32: 55-61.

- 18- Brewster EMSr, Braithwaite EA, Brewster EMSr. Advanced abdominal pregnancy:a case report of good maternal and perinatal outcome. *West Indian Med J*2011;60(5):587-9.

- 19- Guèye M, Cissé M L, Guèye S M K, Guèye M, Diaw H, Moreau JC. Difficultés du diagnostic et de prise en charge de la grossesse abdominale : à propos de deux cas diagnostiqués à terme au Centre Hospitalier Régional de Diourbel du Sénégal. *Clinics in Mother and Child* 2012; 9:1-3.