

Abdominal Ectopic Pregnancy: A Case Report

J.ABBOU, K. Laouini , M. BENDAHHOU IDRISSE, N.MAMOUNI, S .ERRARHAY, C.BOUCHIKHI, A.BANANI

Obstetrics Gynecology I Department of the CHU HASSAN II, Faculty of Medicine, Sidi Mohamed Ben Abdellah University, FES, Morocco

Abstract: Abdominal pregnancy is characterized by the implantation and development of the fertilized egg in the peritoneal cavity. It represents an uncommon form of ectopic pregnancy, often diagnosed incidentally, and can mimic a surgical emergency. We report a rare case of abdominal ectopic pregnancy discovered during an etiological assessment of abdominal pain associated with fluid accumulation.

Keywords—Abdominal pregnancy, ectopic pregnancy, laparotomy.

Grossesse ectopique abdominale à propos d'un cas

Résumé : La grossesse abdominale (GA) est caractérisée par l'implantation et le développement de l'œuf fécondé dans la cavité péritonéale. Il s'agit d'une forme peu commune de grossesse ectopique, souvent diagnostiquée de manière fortuite, pouvant imiter une situation d'urgence chirurgicale, nous rapportons un cas rare d'une grossesse ectopique abdominale retrouvée lors d'un bilan étiologique d'une douleur abdominale associée à un épanchement.

Mots clés—Grossesse abdominale, grossesse ectopique, laparotomie.

1. INTRODUCTION

La grossesse abdominale (GA) est définie comme l'implantation et le développement de l'œuf fécondé dans la cavité péritonéale. Il existe deux formes : une forme secondaire, la plus courante, qui est associée à un avortement tubo-abdominal ou à une rupture de grossesse extra-utérine (GEU) tubaire [1], et une forme primaire, plus rare, répondant aux critères de Studdiford [2-3]: trompes et ovaires normaux, absence de fistule utéro-péritonéale et contact exclusif de l'œuf avec la surface péritonéale.

Cette variété de grossesse ectopique demeure rare [4], les formes avancées sont associées à une mortalité périnatale comprise entre 40 et 95% [5], La mortalité maternelle est estimée à 5,2% [6], le diagnostic précoce joue un rôle significatif dans la réduction du pronostic maternel [5].

2. PATIENT ET OBSERVATION :

Il s'agit d'une patiente âgée de 32 ans, 3ème geste 3ème pare, ayant consulté chez un gastro-entérologue pour douleurs abdominale depuis 2 mois ayant découvert un épanchement digestif pris pour une ascite, le bilan étiologique comportait une BHCG vu l'aménorrhée ayant revenue positive, motif pour lequel elle fût référée aux urgences de la maternité CHU Hassan II- FES Maroc.

L'examen clinique à son admission retrouvait une patiente consciente, normotendue, normocarde, apyrétique, GCS à 15.

L'examen gynécologique était sans particularité notamment pas de métrorragies.

L'examen échographique retrouvait un utérus de taille normale (Fig1), un endomètre légèrement épaissi, les 2 ovaires

de taille normal sans particularité avec un épanchement au niveau du cul de sac postérieur arrivant jusqu'au fond utérin (Fig2), le balayage échographique au niveau du digestif a mis en évidence un sac gestationnel mesurant 95,9mm x 75,4mm au niveau de la fosse iliaque gauche de contours un peu flou (Fig3), contenant un embryon avec une longueur cranio-caudale mesurée à 55,3mm (12SA+1j) dont l'activité cardiaque était positive (Fig4).



Fig1 : image échographique montrant un utérus vide



Fig2 : image échographique qui montre l'épanchement.



Fig3 : image échographique objectivant le sac contenant l'embryon au niveau de la FIG.



Fig4 : Mesure de la LCC

La patiente a bénéficié d'une laparotomie avec à l'exploration un épanchement de 200cc, un utérus et annexes sans particularité avec découverte d'un sac accolé au sigmoïde faisant 9 à 10cm (Fig5), nous avons réalisé un incision en regard du sac et aspiration de son contenu (foetus (Fig6) + trophoblaste), nous avons préféré de réaliser un traitement

conservateur au niveau digestif par rapport à une résection anastomose.

Le traitement consistait à l'aspiration du contenu du sac avec lavage-aspiration du sac et du péritoine, après avoir obtenu une hémostase parfaite nous avons réalisé réduction des pourtours du sac sans pour autant toucher le digestif.

En post-opératoire la patiente a bénéficié d'une injection de méthotrexate en IM à dose de 1mg/kg en une seule dose, ainsi qu'une surveillance de la BHCG après 48h puis chaque semaine jusqu'à négativation.

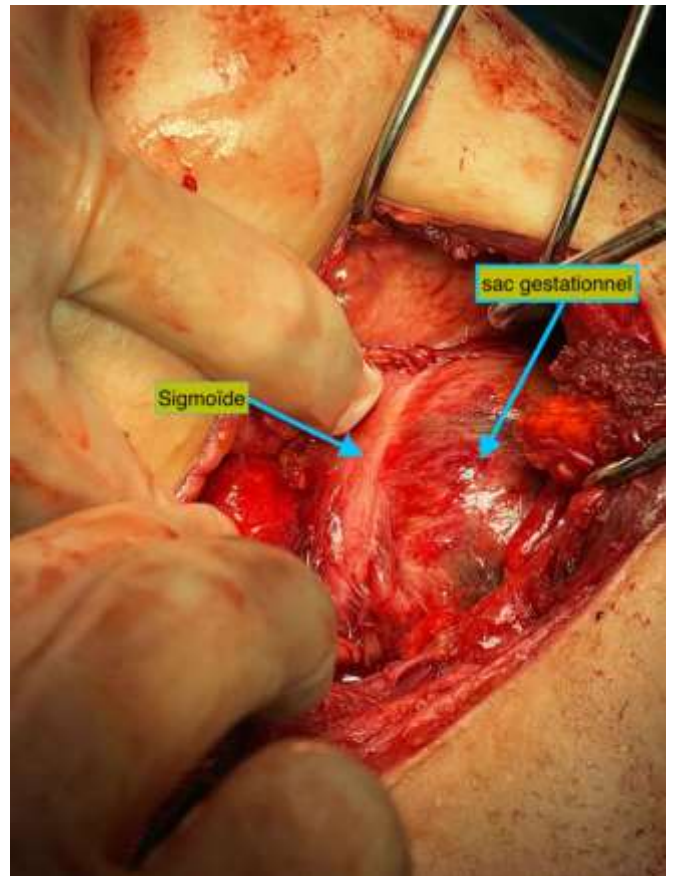


Fig5 : Exploration chirurgicale



Fig6 : Embryon

3. DISCUSSION

3.1. FRÉQUENCE

La survenue de grossesses abdominales demeure rare dans notre pratique quotidienne. Sa complexité diagnostique et la prise en charge sont particulièrement challengés en milieu rural, où le niveau d'éducation de la population peut entraver l'accès à des soins de santé de qualité.

La fréquence de cette pathologie varie considérablement d'une région à une autre, étant plus élevée dans les pays caractérisés par une faible densité médicale, avec des diagnostics souvent posés tardivement [7, 8-13]. À titre d'exemple, Sfar et al. à Tunis ont rapporté le taux le plus bas, soit 1 cas sur 21 439 naissances [13]. Dans notre contexte, les données exhaustives sur la fréquence de cette pathologie obstétricale ne sont pas actuellement disponibles.

3.2. DIAGNOSTIC

Sur le plan clinique, plusieurs symptômes permettent d'orienter le diagnostic [14]:

- Troubles digestifs tels que nausées et vomissements.
- Présence de douleurs abdominales et pelviennes avec ou sans métrorragies.
- Anémie accompagnée d'une altération de l'état général. Parfois, des complications évolutives

telles que des hémorragies internes ou externes, ou un syndrome toxi-infectieux.

- Au toucher vaginal, le col de l'utérus est souvent fixé sous la symphyse pubienne, présentant une texture dure et une longueur importante.

L'échographie est d'un apport capital devant le polymorphisme clinique de la GA. En effet, elle permet dans plus de 50% des cas de poser le diagnostic préopératoire devant un utérus vide, une absence de paroi utérine autour du fœtus qui est en contact direct avec les échos intestinaux [15]. Elle nous a permis de confirmer ce diagnostic chez notre patiente.

3.3. TRAITEMENT ET SUITES OPÉRATOIRES

La chirurgie est la seule sanction thérapeutique utilisée pour prendre en charge une grossesse abdominale. L'urgence opératoire est en fonction de l'épanchement et des pertes sanguines de la patiente notamment évalué par son hémoglobine.

Nous devons noter que la grande particularité dans le déroulement de cette intervention chirurgicale est le sort réservé au placenta, lequel dépend de la localisation de son insertion. La décision dépend de l'inventaire des insertions du placenta. A cause du risque d'hémorragie incontrôlable, toutes tentatives d'extirpation sont formellement interdites si le placenta s'insère sur un organe noble ou sur un vaisseau [8,9]. La résorption spontanée de ce placenta in situ est à contrôler par l'échographie et le dosage des hormones placentaires [11].

4. CONCLUSION

La grossesse abdominale, bien que rare, constitue une urgence obstétricale nécessitant une attention particulière en termes de diagnostic et de prise en charge. Il est impératif que les femmes enceintes fréquentent régulièrement des consultations prénatales pour assurer le suivi de leur grossesse et traiter toute pathologie éventuelle pouvant compromettre son bon déroulement. La présence d'un personnel compétent capable de détecter les diverses anomalies de la grossesse et de recommander un traitement approprié est également essentielle.

5. REFERENCES

- [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 anatomo-clinique rare. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1993;88:261—5.
- [3] Alto WA. Abdominal pregnancy. *Am Fam Physician* 1990;41:209—14.

- [4] Ifenne DI, Shihu SO, Mandara MU. Advanced abdominal pregnancy with a live fetus. *Trop J Obstet Gynaecol* 1999;16:63—5.
- [5] Astrash HK, Friede A, Hogue CJR. Abdominal pregnancy in the United States: frequency and maternal morbidity. *Obstet Gynecol* 1987;69:333—7.
- [6] Gradzinskas JG. Abdominal pregnancy. In: Edmond OK, editor. *Dewhurst's text book of obstetrics and gynaecology for post graduates*. Edinburgh: Black Well; 1999. p. 70.
- [7] Diouf A, Diouf F, Cisse CT, Diaho D, Gaye A, Diadhiou F. La grossesse abdominale à terme avec enfant vivant. A propos de 2 observations. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 1996; 25(2): 212-215. PubMed | Google Scholar
- [8] Duchamp de Chastaigne M, Mezin R. Association grossesse abdominale - grossesse intra-utérine au troisième trimestre. A propos d'un cas et revue de la littérature. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 1994; 23(4): 440-443. PubMed | Google Scholar
- [9] Hainaut F, Mayenga J.M, Crimail PH. Grossesse abdominale tardive. A propos d'un cas. *Rev Fr Gynecol Obstet*. 1991; 86 (7-9) : 522-528. PubMed | Google Scholar
- [10] Picaud A, Ella-Ekogha R, Ozouaki F, Nlome-Nze AR, et al. Grossesse abdominale. A propos de 11 cas. *Méd. d'Afrique Noire*. 1990; 37 (8/9) : 483-487. PubMed | Google Scholar
- [11] Renaud R, Voury-Heyler C, Leissner P, Chesnet Y, et al. Bondurand. Les grossesses abdominales après le 6ème mois. *Revue de la littérature. A propos de 8 cas. Gynecol Obstet*. 1969; 68(3)P: 297-318. PubMed | Google Scholar
- [12] Setouani A, Snaibi A, Boutaleb Y. La grossesse abdominale. *J Gynecol Obstet Biol Reprod. (Paris)* 1989; 18(2): 177-180. PubMed | Google Scholar
- [13] Tanoh L, Ba L, Djanhan Y, Ayandho Y, et al. A propos de 11 cas de grossesse abdominale colligés en 4 ans. Compte rendu de la Société de Gynécologie-Obstétrique de Côte d'Ivoire. *J Gynecol Obstet Biol Repro*. 1988;17 : 934. PubMed | Google Scholar
- [14] Bouzid F, Cellami D, Baati S, Chaabouni M, et al. La grossesse abdominale. *Rev Fr Gynecol Obstétr*. 1996 ; 91 : 616-618. PubMed | Google Scholar
- [15] Yinde AOA, Imakhu COA, Deyanju OAA, Migbodun AOO. Abdominal Pregnancy at the University College Hospital, Ibadan: a 10- year review. *Afr J ReprodHealth*. 2005;9:123-7. Google Scholar