

Grossesse hétérotopique : intérêt de l'échographie et prise en charge

H. Taghzouti*, N. Mekkaoui*, M.B. Idrissi*, N. Mamouni*, S. Errarhay*, C. Bouchikhi*, A. Banani*

Abstract : *Heterotopic pregnancy is the combination of an intrauterine pregnancy and an extrauterine pregnancy, regardless of location. The incidence of heterotopic pregnancy is rising sharply with advancing age, the frequency of upper genital tract infections and the increasing use of assisted reproduction. Diagnosis remains difficult, due to its confusing symptomatology. Pelvic ultrasound is the key complementary examination for making the diagnosis. Treatment of heterotopic pregnancies aims to eliminate the ectopic pregnancy while preserving the intrauterine pregnancy as far as possible, and to limit the risk of recurrence. Maternal prognosis is comparable to that of simple ectopic pregnancies. We report the observation of a 30-year-old woman, with no notion of medically assisted procreation, who was admitted to the emergency department with isolated pelvic pain. The diagnosis of heterotopic pregnancy was confirmed on ultrasound. Our patient underwent laparoscopic salpingectomy. The evolution was marked by the occurrence of a spontaneous miscarriage 10 days later.*

Keywords: Heterotopic pregnancy, ultrasound, coelioscopy.

Résumé

La grossesse hétérotopique correspond à l'association d'une grossesse intra-utérine à une grossesse extra-utérine, quelle que soit sa localisation. Son incidence connaît une croissance importante avec l'âge avancé, la fréquence des infections génitales hautes et le recours de plus en plus fréquent à l'assistance médicale à la procréation. Le diagnostic reste difficile, en raison de sa symptomatologie déroutante. L'échographie pelvienne est l'examen complémentaire clé permettant de poser le diagnostic. Le traitement des grossesses hétérotopiques a pour but de supprimer la grossesse extra-utérine en conservant autant que possible la grossesse intra-utérine et de limiter les risques de récurrences. Le pronostic maternel est comparable à celui des grossesses extra-utérines simples. Nous rapportons l'observation d'une femme âgée de 30 ans, sans notion de procréation médicalement assistée, qui a été admise aux urgences pour une douleur pelvienne isolée. Le diagnostic de grossesse hétérotopique a été confirmé à l'échographie. Notre patiente a bénéficié d'une salpingectomie par coelioscopie. L'évolution a été marquée par la survenue d'une fausse couche spontanée 10 jours après.

Introduction

La grossesse hétérotopique est l'association simultanée d'une grossesse intra-utérine et d'une grossesse extra utérine. Même si sa survenue de façon spontanée est rare, Sa fréquence ne cesse d'augmenter en parallèle à l'accroissement des infections sexuellement transmissibles et le développement des techniques de la procréation médicalement assistée.

Cas clinique

Mme J.S âgée de 30ans, sans antécédents pathologiques notables, cinquième geste, quatrième pare, mère de quatre enfants accouchés par voie basse, admise dans notre formation pour prise en charge de douleurs pelviennes latéralisées à droite avec aménorrhée de six semaines évoluant depuis trois jours avant sa consultation. L'examen clinique a trouvé une patiente stable sur le plan hémodynamique et respiratoire avec TA à 12/8, conjonctives normo-colorées, sensibilité pelvienne droite sans saignement provenant de l'endocol. L'utérus est gravide correspondant à l'âge gestationnel sans masse latéro-utérine palpable.

L'échographie pelvienne a objectivé une grossesse intra-utérine avec un embryon, LCC mesuré à 6SA+3j (Fig 1) avec corps jaune gestatif à gauche, avec une image hyperéchogène hétérogène d'environ 22mm de diamètre (Fig2), avec un épanchement intrapéritonéal de faible abondance (Fig 3). Le diagnostic de grossesse hétérotopique a été posé (Fig 4)



Fig 1 : sac gestationnel intrautérin avec embryon



Fig 2 : image latéro- utérin droite



Fig 3 : épanchement intrapéritonéal de faible abondance



Fig 4 : grossesse hétérotopique

La patiente a bénéficié d'une coelioscopie ayant objectivé une grossesse extra-utérine (GEU) ampullaire avec hématosalpinx (Fig 5) avec tentative de traitement conservateur voué à l'échec d'où la réalisation d'une salpingectomie.

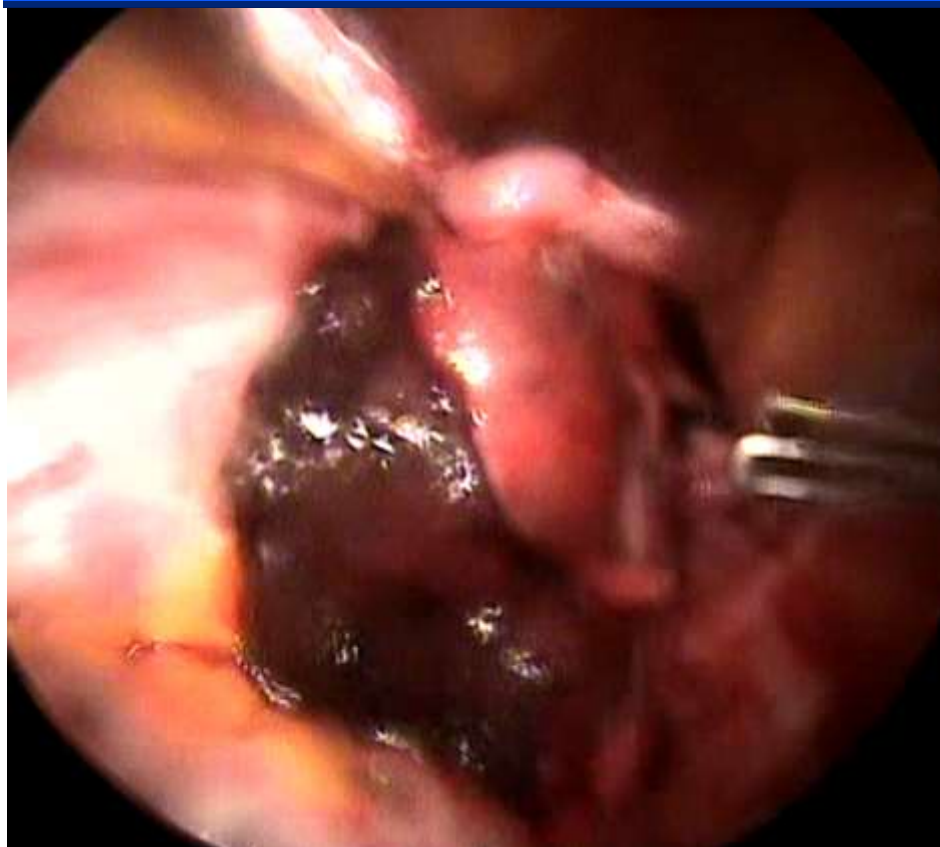


Fig 5 : vue coelioscopique de GEU ampullaire

Suites post opératoire simples. La patiente a été mise sous progestatif à sa sortie, l'évolution a été marquée par une fausse couche spontanée 10 jours après la chirurgie.

Discussion

L'association de grossesse intra-utérine et de grossesse extra-utérine est une forme pathologique de la grossesse dizygote. C'est une association non exceptionnelle avec une fréquence variant entre 1/30000 et 2/100000 ; Cette fréquence a augmenté depuis l'avènement de la procréation médicalement assistée, et également en raison de la recrudescence des infections génitales hautes, des chirurgies tubaires [1 ;2]. Les facteurs de risque principaux sont tous maternels et sont les mêmes de toute GEU, à savoir l'antécédent de GEU, le tabagisme, l'infection génitale, le dispositif intra-utérin, l'âge supérieur à 35 ans, les microprogestatifs et l'infertilité [3].

Sur le plan physiopathologique, la grossesse combinée peut résulter d'une fécondation simultanée (différence de vitesse de migration de deux ovules fécondés) ou d'une fécondation différée (fécondation de deux ovules produits à un court intervalle au cours d'un même cycle par deux spermatozoïdes provenant de deux coïts successifs) [4]

Le diagnostic est plus facile quand le tableau de la GEU (fait classiquement de la triade douleur pelvienne, aménorrhée, métrorragie) est au premier plan. Cependant, il devient difficile quand il se présente dans celui de grossesse intra-utérine.

L'échographie par voie abdominale associée à la voie endovaginale constitue l'examen complémentaire de référence pour le diagnostic de la grossesse hétérotopique. Les éléments échographiques permettant de retenir ce diagnostic est la présence d'un sac gestationnel intra-utérin avec une masse latéro-utérine arrondie entourée d'un halo trophoblastique échogène contenant parfois un embryon associé ou non à un épanchement dans le cul de sac de douglas. La voie abdominale retrouve son intérêt dans cette situation pour repérer les grossesses ectopiques haut situées non accessibles à la voie endovaginale. La sensibilité de l'échographie endovaginale dans le diagnostic des grossesses hétérotopiques varie de 96% à 98%, sa spécificité varie de 88% à 94%. L'échographie sus pubienne a une sensibilité de 90% et une spécificité de 88%. [1]

Le principe de la prise en charge de la grossesse hétérotopique est une chirurgie de la GEU tout en essayant de préserver la grossesse intra-utérine, et ceci en ayant un minimum de manipulation utérine tout en préservant le corps jaune. La coelioscopie est la voie d'abord privilégiée, elle est dite exploratrice en cas de doute diagnostique. Le traitement doit être conservateur tant que c'est possible [5]. La laparotomie sera préférée en cas d'état de choc ou d'hémopéritoine important. Le traitement médical ne peut être envisagé que si la grossesse intra-utérine est non évolutive[6].

Le devenir de la grossesse intrautérine est le plus souvent favorable avec grossesse menées à terme (Tableau 1) [7].

Tableau 1 Devenir des GIU évolutives après traitement de la GEU dans notre revue de la littérature
Table 1 Intrauterine fetal prognosis after treatment of extra-uterine pregnancy, review of literature

Auteurs	Accouchements normaux à terme	Césariennes	FCS	IVG
Korkontzelos [6]	1			
Amagada [9]	1			
Rabbani [10]	1			
Cheng [11]			1	
Diallo [17]	4		1	
Al Mosawi [13]	1			
Spiff [14]	1			
Strelec [12]		1		
Chin [16]		2		
Breyer [19]				1
Total	9	3	2	1

Conclusion

Le diagnostic de grossesse hétérotopique nécessite le recours à l'échographie par voie endovaginale couplée à la voie sus pubienne. La coelioscopie est à la fois diagnostique mais surtout thérapeutique permettant de limiter les manipulations utérines et ainsi la préservation de la grossesse intra utérine

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Références

- [1] A Ousehal, H Mamouchi ; M Ghazli ; R Kadiri ; Grossesse hétérotopique : intérêt de l'échographie sus pubienne ; journal de radiologie.
- [2] Laghazaoui Boukaidi M, Bouhya S, Sefrioui O, Bennani O, Hermas, Aderdour M. Grossesse hétérotopique: à propos de huit cas. Gynecol Obstet Fertil. 2002; 30(3): 218-23
- [3] I. Marguier, N. Mottet, C. Magnin, D. Riethmuller ; Grossesse extra-utérine ; EMC obstétrique 2018
- [4] Ahmed Guennoun, Nisrine Mamouni, Sanaa Errarhay, Chahrazad Bouchikhi, Abdelaziz Banani ; La grossesse hétérotopique spontanée: à propos de deux cas ; panafrican medical journal
- [5] Sefroui O, Azyer M, Babahabib A, Kaanane F, Matar N. Pregnancy in rudimentary uterine horn: diagnosis and therapeutic difficulties. Gynecol Obstet tertil. 2004; 32(4): 308 10.
- [6] Achour R, et al. Grossesse hétérotopique : à propos d'un cas et revue de la littérature. Imagerie de la Femme (2014)
- [7] F. Montilla, P. Amar, S. Boyer, R. Karoubi, J.-Y. Diquelou ; F. Montilla*, P. Amar, S. Boyer, R. Karoubi, J.-Y. Diquelou ; Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction 36 (2007) 302–305.