

# Grossesse Appendiculaire Un Cas Rare et Complexe de Grossesse Ectopique

J. Rahmouni , B.Moubbakir , M.B.Idrissi M.K.Saoud , N.Mamouni , S.Errarhay , C.Bouchikhi A.Banani

service de gynécologie obstétrique 1 CHU HASSAN II FES

**Abstract:** Appendicular pregnancy is an extremely rare form of ectopic pregnancy. This condition occurs when the fertilized egg implants in the appendix. The article details the diagnostic aspects, clinical challenges and treatment options associated with this type of pregnancy. Symptoms are often similar to those of acute appendicitis, making early diagnosis difficult. Treatment usually involves emergency surgery to prevent potentially serious complications. The study highlights the importance of a thorough assessment in women of childbearing age presenting

**Keywords—** appendix , ectopic pregnancy , surgery

**Résumé:** La grossesse appendiculaire traite d'une entité extrêmement rare de grossesse ectopique. Cette pathologie survient lorsque l'ovule fécondé s'implante dans l'appendice. L'article détaille les aspects diagnostiques, les défis cliniques et les options thérapeutiques associés à ce type de grossesse. Les symptômes sont souvent similaires à ceux d'une appendicite aiguë, rendant le diagnostic précoce difficile. Le traitement implique généralement une intervention chirurgicale d'urgence pour prévenir les complications potentiellement graves. L'étude souligne l'importance d'une évaluation approfondie chez les femmes en âge de procréer présentant des symptômes abdominaux aigus.

**mots clés—**appendice , grossesse extra utérine , chirurgie

## 1. INTRODUCTION

La grossesse extra-utérine, une complication obstétricale sérieuse, se produit lorsque l'embryon s'implante en dehors de la cavité utérine.

Bien que relativement rares, ces grossesses présentent des risques significatifs pour la santé de la femme, pouvant entraîner des urgences médicales si elles ne sont pas correctement diagnostiquées et traitées.

La grossesse appendiculaire, une forme extrêmement rare de grossesse ectopique, se produit lorsque l'embryon s'implante dans l'appendice.

Ce type de grossesse, bien que peu fréquent, nécessite une attention particulière en raison des risques élevés de complications aiguës.

Cet article explore la pathophysiologie, les symptômes, les méthodes de diagnostic et les stratégies de prise en charge de la grossesse appendiculaire, mettant en lumière les défis uniques qu'elle pose pour les professionnels de santé."

## 2. OBSERVATION:

il s'agit d'une patiente âgée de 31 ans, mariée et mère d'un enfant qui se présentait pour des douleurs pelviennes aiguës et des métrorragies sur fond d'aménorrhée de 8 SA

ses antécédents gynécologiques et obstétricaux : Premières règles à l'âge de 13 ans. Cycles menstruels réguliers de 30 jours, ayant 1 seul enfant vivant accouché par voie basse

Elle rapporte avoir utilisé la contraception orale pendant 7 ans, arrêtée il y a 4 mois avant sa GEU sans antécédent de port

de DIU, ni en cours. Pas de notion de chirurgie pelvienne ni de maladie sexuellement transmissible. Pas d'antécédents d'infection génitale, notamment à type de chlamydia, ni de partenaires multiples ; Pas de notion de tabagisme actif ni passif.

les symptômes remonte à un mois, avec des métrorragies de faible abondance, initialement non associées à la douleur et puis devant l'installation brutale des douleurs pelviennes intenses irradiant à tout l'abdomen la patiente a consulté

L'examen gynécologique révèle un saignement endo-utérin à la visualisation au spéculum et un toucher vaginal (TV) Il n'y a pas de masse latéro-utérine mais une sensibilité pelvienne droite Le toucher rectal (TR) provoque une douleur aiguë dans le cul-de-sac de Douglas, indiquant une sensibilité dans cette région.

L'échographie pelvienne effectuée révèle un utérus légèrement augmenté de taille, avec la présence d'un pseudo-sac. L'ovaire gauche est normal tandis qu'on note une formation en cocarde mesurant 3 cm juste à côté de l'ovaire droit avec un épanchement qui est également observé, s'étendant jusqu'à l'espace interhépaté-rénal de Morrison.

Pour le complément du bilan, des analyses biologiques ont été réalisées, incluant une numération formule sanguine (NFS), un bilan d'hémostase (temps de prothrombine, TCK), et un groupage sanguin RH. Les résultats montrent un taux d'hémoglobine de 11.4, une quantité de plaquettes correcte, et un nombre de globules blancs de 20000 et un taux de  $\beta$ -hCG à 27450

la décision thérapeutique était de faire une laparotomie expolo-ractrice

Sous anesthésie rachidienne et après pose d'une sonde vésicale, la patiente a été préparée pour l'intervention chirurgicale avec badigeonnage à la Bétadine et mise en place de champs stériles. Une incision de type mini Pfannenstiel a été réalisée.

Lors de l'exploration chirurgicale, une hémopéritoine de grande abondance a été découverte, avec la présence d'implants au niveau intestinal et péritonéal. L'annexe gauche était normale, tandis que la trompe droite était boudinée et de mauvais état.

Par conséquent, une décision a été prise d'effectuer une salpingectomie droite.

Il est à noter l'absence de signes d'infection génitale haute (IGH) ou de syndrome de Fitz-Hugh-Curtis.

L'exploration chirurgicale a révélé que le produit de conception était implanté sur l'appendice vermiforme. Cette découverte inhabituelle indique une localisation exceptionnelle de la grossesse extra-utérine, ce qui est très rare.

Votre décision d'enlever le produit de conception à l'aide d'une compresse semble être une approche prudente, adaptée à cette situation complexe et inhabituelle. Cette méthode a probablement permis de retirer le produit de conception de manière délicate et contrôlée, minimisant ainsi les risques de saignement ou d'endommagement des structures adjacentes.

La décision était de fermer plan par plan après obtention d'hémostase avec les suites post-opératoire simples.

Le taux de HCG était négatif après une semaine du geste opératoire.



figure 1 : image échographique de la GEU

### 3. DISCUSSION

Une grossesse extra-utérine (ou grossesse ectopique) survient en cas de nidification d'un ovule fécondé en dehors de la cavité utérine.

Dans une grossesse normale, l'ovule fécondé se déplace des trompes de Fallope jusqu'à la paroi de l'utérus, où il peut se développer.

En cas de grossesse extra-utérine, l'ovule s'implante avant de parvenir à l'utérus. Dans 90 % des cas de grossesses extra-utérines, l'ovule fécondé reste dans les trompes de Fallope.

Les grossesses extra-utérines peuvent également se produire dans un ovaire, la cavité abdominale ou le col de l'utérus.

Les facteurs de risque de grossesse extra-utérine (GEU) incluent tous ceux qui perturbent la motilité tubaire.

Ces facteurs comprennent les infections génitales hautes, le tabagisme avec un effet dose-dépendant, les antécédents de chirurgie tubaire ou abdomino-pelvienne, les altérations de la paroi tubaire dues à diverses causes (comme l'endométriose ou la tuberculose), l'âge maternel avancé, certains moyens de contraception, et la fécondation in vitro, avec une attention particulière aux grossesses hétérotopiques.

La grossesse abdominale, 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.

Dans les grossesses abdominales, l'œuf fécondé s'implante dans la cavité abdominale et peut, dans de rares cas, se développer jusqu'à un stade mature.

Ces grossesses sont généralement interrompues en raison de risques élevés et de complications potentiellement mortelles.

Les symptômes initiaux ressemblent à ceux d'une grossesse normale, mais peuvent évoluer vers des douleurs abdominales, des nausées sévères et des troubles circulatoires. Le diagnostic est souvent fait lors de la première consultation. Le traitement nécessite le plus souvent une intervention chirurgicale avec un risque important d'hémorragies qui peut intéresser les organes nobles.

La fréquence des grossesses abdominales varie selon les pays, influencée principalement par les infections génitales et le suivi inadéquat de la grossesse. Elles sont rares dans les pays développés (1/7000 à 1/15 000) mais plus fréquentes dans les pays en développement. On distingue deux types : les grossesses secondaires, résultant d'une complication tubaire, et les grossesses primitives, dues à une implantation directe de l'œuf dans la cavité péritonéale. Les grossesses abdominales primitives peuvent évoluer jusqu'à terme avec un appareil génital intact.

### 4. CONCLUSION

La grossesse abdominale est une condition obstétrique rare et complexe. Les obstétriciens doivent être vigilants face

à des symptômes cliniques et échographiques qui pourraient l'indiquer.

Un suivi attentif des femmes enceintes dès le début de la grossesse est crucial pour la détection précoce et la gestion adéquate de cette pathologie. Une prise en charge efficace peut significativement influencer l'issue de la grossesse et la santé de la mère.

## 5. RÉFÉRENCES

- 1- Correa P, Diadhiou F, Lauroy J, Bah MD, Diab A, Guindo S. Evolution exceptionnelle de la grossesse abdominale. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 1979 ; 8 (3) : 235-241. [ PubMed ] [ Google Scholar ]
- 2- Le Lorier G, Schebat C, Wencel S. La grossesse abdominale au voisinage du terme avec enfant vivant. Problèmes diagnostiques et thérapeutiques, à propos d'un cas. *Bull Fed Soc. Gynécol Obstet.* 1969 ; 21 (4) : 382-399. [ PubMed ] [ Google Scholar ]
- 3- Correa P, Atayi L, Cave L, Lauroy L, Bourgoïn P. Quelques aspects particuliers de la grossesse abdominale. A propos de 18 cas relevés en milieu africain à Dakar. *Bull Fed Gynecol Obstet.* 1965 ; 17 : 872-874. [ Google Scholar ]
- 4- SFAR E , KAABAR H , MARRAKECHI O , ZOUARI F et Coll - La grossesse abdominale ; entité anatomo - clinique rare : à propos de 4 cas entre 1981 et 1990. *Rev Fr GynEcol Obstetr* 1993 ; 88 : 261-5
- 5- RABARIJAONA HZ, RAKOTOVAO JP, M RAKOTORAHALAHY MJ, RANDRIAMIARANA JM - La grossesse abdominale. *Med Afr Noire* 2000 ; 47 : 460-1.
- 6- CETIN MT, ARIDOGAN N, COSKUN A - La grossesse abdominale ; à propos de six cas personnels. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1991 ; 87 : 76 - 8 .
- 7- AKPADZAK, BAETA S, OUREYAH, WOZUFIA F - Grossesse abdominale et grossesse intra-utérine simultanées à terme avec enfants vivants : un cas. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1996 ; 91 : 322-4.
- 8- BOUZID F, CELLAMI D, BAATI S, CHAABOUNI M et Coll - La grossesse abdominale. *Rev Fr Gynecol Obstetr* 1996 ; 91 :616-8.
- 9- RAJAONARISON TJ - Grossesse abdominale sur rupture progressive d'un utérus cicatriciel : à propos d'un cas : Thèse de doctorat en Médecine, 2004, n°25. 10 - H A I NAUT F, M AYENGA JM, CRIMAIL P - La grossesse abdominale tardive. A
- 10- Poizat R, Lewin F. Grossesse extra-utérine après le 5ème mois. *Encycl Méd Chir Obstétrique.* 1982 ; 5069 (D10) :5. [ Google Scholar ]