



Journal Homepage: - www.journalijar.com

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI: 10.21474/IJAR01/xxx
DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/xxx>



RESEARCH ARTICLE

GROSSESSE ABDOMINALE: A PROPOS D'UN CAS

Beya Mohamed Mahmoud lemhaba, Ezza Lemrabot, Nessiba abdelkader Mohamed Zeine. K. Saoud, N. Mamouni, S. Errarhay, C. Bouchikhi and A. Banani
Service De Gynécologie Obstétrique I CHU Hassan II de Fès.maroc

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 10 November 2020
Final Accepted: 12 December 2020
Published: January 2021

Abstract

Abdominal pregnancy (GA) is defined as the implantation and development of the fertilized egg in the peritoneal cavity. It remains a very rare variety of ectopic pregnancy and can go undetected until late gestational age. Although the fetus may be viable, the maternal morbidity rate is high due to the occurrence of hemorrhages, which complicate management. We report the case of a 27-year-old woman, G2P1 under estrogen-progestative oral contraception, having an irregular cycle; consults for abdomino-pelvic pain after 3 months of amenorrhea with stable hemodynamics, the cervix is closed and clean she experiences moderate pressure pain in the gastric region. The ultrasound evaluation to objectify an empty uterus with an evolving pregnancy of 11 weeks. The results of the laboratory analyzes are normal, with the exception of a hemoglobin at 10 g / l. A laparotomy allowed the demonstration of the gestational sac in the peritoneal cavity implanted on the pelvic wall adhering to the ovary and the omentum partly broken on extraction.

Copy Right, IJAR, 2020., All rights reserved.

Introduction:-

La grossesse abdominale (GA) se définit comme la nidation et le développement de l'oeuf fécondé dans la cavité péritonéale. 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. Elle reste une variété rare de grossesse ectopique [4]. Les formes évoluées, sont plus fréquentes dans les pays en voie de développement [5—7]. Elle est responsable d'une mortalité périnatale comprise entre 40 et 95 % [8]. La mortalité maternelle est de 5,2% [9]. Son diagnostic précoce réduit considérablement le risque maternel [10]. Avec ce cas vu dans notre service, nous essayons de faire des mises au point sur ce sujet.

Observation:-

Madame G.M. de 27ans, 2ème geste, mere d'un enfant vivant, jamais opérée sous contraception orale oestro-progestative depuis 2 ans ayant un cycle irrégulier; consulte aux urgences pour des douleurs abdomino-pelviennes d'installation progressive d'évolution paroxystique sur un fond douloureux avec une aménorrhée de 3mois. L'examen montre une femme avec un état hémodynamique stable, avec des conjonctives légèrement décolorées le col de l'utérus est fermé et propre elle éprouve une douleur à la pression modérée dans la région hypogastrique et latéro-utérine gauche.

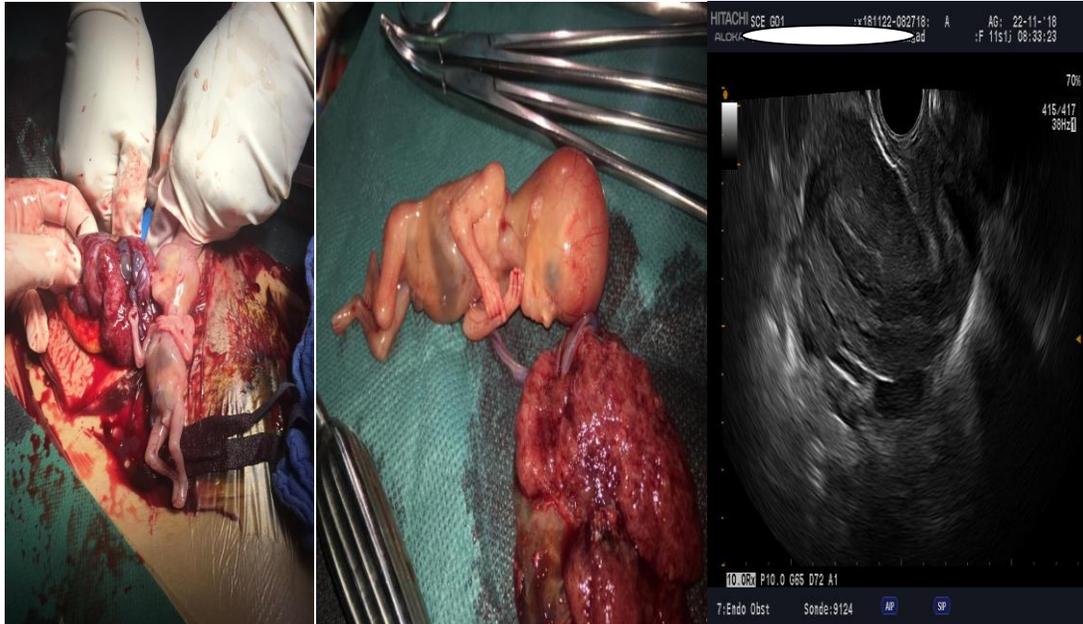
Corresponding Author:- B. Mohamed Mahmoud

Address:- Service De Gynéco Obstétrique I CHU Hassan II de Fès.

L'échographie a révélé un utérus vide augmenté de taille avec une grossesse évolutive de 11 SA latro-utérine gauche, pas d'épanchement péritonéale

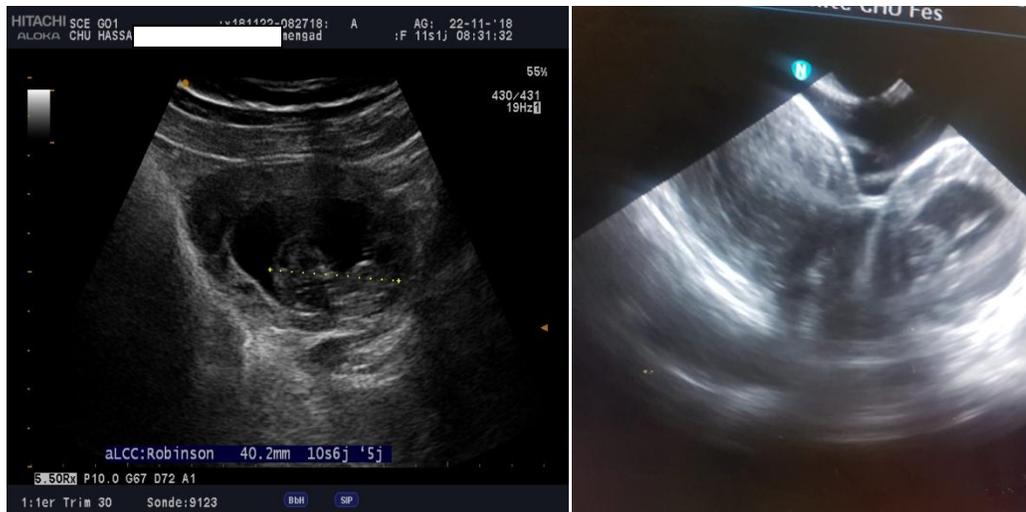
Le bilan biologique est normal, à l'exception d'une hémoglobine à 10g /l.

une laparotomie a été réalisée sous rachis anesthésie avec une incision mini pfantiel qui a objectivée à l'exploration un utérus augmenté légèrement de taille , annexe droit sans particularité , trompe gauche d'aspect normale, avec la mise en évidence d'un sac gestationnel dans la cavité péritonéale implanté sur la paroi pelvienne latérale gauche avec des adhérences lâches avec l'ovaire gauche et l'épiploon en partie rompue lors de la tentative de la libération des adhérences ; puis l'extraction de l'embryon en monobloc avec son placenta qui a été complètement reséqué , les suite opératoires étaient simples



Le fœtus et son placenta en monobloc

uterus vide à l'échographie



Longueur cranio-caudale (LCC) correspond à 11SA

image latero-uterine

III- Discussions:-

La grossesse abdominale (GA) 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. Depuis, de nombreux cas de GA ont été décrits avec des aspects cliniques différents, fonction essentiellement du terme de diagnostic. Établi pendant la grossesse, le diagnostic diminue de façon significative le risque maternel

III-1-Fréquence

La GA est une pathologie rare et sa fréquence Varie d'un pays à l'autre. Elle est plus élevée dans les pays en voie de développements et le diagnostic y est également plus tardif Elle représenter environ 1% de toutes les grossesses ectopiques. Son incidence est de 1 pour 10 000 naissances vivantes [1].

Ce type de grossesse est grevé d'une mortalité périnatale importante de 40 à 95 %, d'une morbidité de 20 à 40 %. Le risque maternel de décès en cas de GA est de 5,2%: 7,7 fois plus élevé qu'en cas de grossesse tubaire ; 89,8 fois plus élevé qu'en cas de grossesse intra-utérine [12].

Le diagnostic de GA n'est posé que dans un cas sur deux avant l'intervention chirurgicale [12].

III-2-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], il s'agirait des séquelles d'infections tubaires, de celles des avortements souvent septiques avec manœuvres endo-utérines et de la qualité peu rigoureuse de suivi des grossesses. Il est décrit d'autres facteurs de risque de GA dans la littérature à savoir la fécondation in vitro, la cicatrice utérine et le dispositif intra-utérin

III-3-Classification

On distingue la GA primaire et secondaire où l'implantation trophoblastique se fait par greffe dans la cavité abdominale après avortement tubaire

IV-3-1- La grossesse abdominale primaire

La GA primaire avec implantation primitive de l'œuf dans la cavité abdominale, elle doit satisfaire aux critères de Studdiford [2,3] décrit en 1942 (trois critères)

1. Trompes et ovaires normaux, sans trace de lésion récente ;
2. Absence de fistule utéro-péritonéale ;
3. Localisation strictement péritonéale d'une grossesse de moins de 12 semaines.

Le site d'implantation de ces grossesses est variable, Il peut être pelvien (CDS de Douglas, fond ou face postérieure de l'utérus. aussi bien que dans le reste de la cavité abdominale (diaphragme, foie, rate, épiploon), voire rétro péritonéale [15] ; ces grossesses ont la même expression clinique que les GEU au premier trimestre [16-17].

IV-3-2-La GA secondaire

La GA secondaire, dont le diagnostic est généralement plus tardif au cours de la grossesse, semble plus fréquente. L'évolutivité de ces grossesses s'explique selon Hallat par le fait que le péritoine ne permet pas la bonne implantation du blastocyte, créant ainsi un « cratère » local précocement hémorragique lors des GA primaires. À l'inverse, l'endomètre et l'endosalpinx sont un siège propice au bon développement trophoblastique ; après fissuration et rupture, le décollement partiel même hémorragique peut ne pas interrompre la grossesse qui poursuivra son évolution.

En pratique, cette classification est discutable, souvent difficile à établir et de faible intérêt clinique. On lui préfère une classification selon le terme. On distingue ainsi la GA précoce de la GA avancée diagnostiquée après 20 SA [17-18].

III-4- GA après hystérectomie :

entité très rare, 29 cas recensés dans la littérature en 1984 [18]. On distingue les GA « précoces » où la conception a lieu dans les jours précédant l'hystérectomie : 19 cas décrits dont un d'issue favorable décrite par Jackson [19], des GA « tardives » : dix cas où la fécondation abdominale a eu lieu jusqu'à 11 ans après l'intervention.

III- 5-Diagnostic

Le diagnostic pré-opératoire 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 expliquent que, dans 50 % des cas, sa découverte sera fortuite et chirurgicale. On distinguera deux tableaux cliniques : la GA précoce et la GA avancée.

III-5-1- Tableaux cliniques :

La GA précoce se présente dans un tableau de GEU « classique » du 1er trimestre associant douleurs pelviennes et métrorragies d'abondance variable. Le retentissement hémodynamique est fonction du volume de l'hémopéritoine. L'échographie met en évidence des signes directs et indirects de GEU, et évoque rarement le diagnostic de GA. C'était le tableau de notre patiente

Le diagnostic est le plus souvent posé en per-opératoire devant le constat d'un examen utéro-annexiel normal, le site d'implantation de la grossesse est parfois difficile à retrouver (1 cas sur 4 dans la série de Hallat) au sein de caillots. Le diagnostic sera confirmé par l'examen histologique qui retrouve des implants trophoblastiques invasifs (même si ce point fait l'objet de controverses [20]).

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

La clinique seule ne permet pas souvent de poser le diagnostic de la GA en raison du caractère non spécifique des symptômes liés à cette pathologie (4-20)

Un groupe de signes permet d'orienter le diagnostic vers une grossesse abdominale avencée (21):

1. -Les douleurs abdominales continues dans un contexte d'aménorrhée concomitantes aux mouvements fœtaux avec ou sans métrorragies,
2. les troubles digestifs : nausée, vomissement, constipation, subocclusion,
3. l'anémie avec altération de l'état général,
4. un fœtus très superficiel souvent en position atypique, transversale haute. un oligoamnios, d'une diminution des mouvements actifs fœtaux (MAF), d'une mort fœtale in utero (MFIU) inexpliquée, d'un retard de croissance intra-utérin inexpliqué,
5. au toucher vaginal, le col est souvent fixé sous la symphyse pubienne, il est dur et long,
6. parfois le tableau est dominé par une complication évolutive à type hémopéritoine, une occlusion intestinale ou une péritonite. La palpation de l'utérus vide est difficile.

III-5-2-Imagerie

L'échographie fournit des renseignements précieux et apporte parfois le diagnostic pour les GA précoce en permettant 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) on n'avait pas besoin d'autre moyen d'exploration. Pour les GA avencés L'échographie aide et apporte parfois le diagnostic devant un oligoamnios inexpliqué, un fœtus non circonscrit par du myomètre, la visualisation de l'utérus vide (souvent considéré comme une « masse pelvienne » : fibrome, kyste ovarien, malformation utérine...). L'apport échographique est capital, évoquant le diagnostic et posant l'indication d'une IRM. Sans oublier que dans la majorité des pays du monde l'IRM n'est pas accessible: l'échographie est donc restée l'examen d'imagerie déterminant (13-22-23)

L'IRM permet parfois l'établissement du diagnostic devant un utérus vide, un fœtus dans la cavité abdominale non circonscrit par du tissu myométrial (particulièrement bien vu au niveau vésical), une présentation fréquemment transverse, un oligoamnios. L'IRM informe également sur la localisation placentaire extra-utérine fournissant de précieux renseignements pré-opératoires [13-24]

Autres examens complémentaires pouvant fournir une aide précieuse au diagnostic, en particulier en cas d'accès impossible à l'IRM (13-25)

- radiographie standard : fœtus visualisé au contact du rachis maternel
- l'hystérosalpingographie décrite par Martin en 1988 comme le meilleur examen complémentaire diagnostique en cas de MFIU ;
- le test au Syntocinon par absence d'enregistrement de contractions utérines ;

- alpha-foetoprotéine plasmatique élevée

Le diagnostic est parfois posé en per-partum en l'absence de contractions et de dilatation sous-ocytociques, lors d'une césarienne programmée [26] ou dans d'autres circonstances exceptionnelles : grossesse hétérotopique diagnostiquée à terme après la naissance de j1 sur une grossesse gémellaire connue [27],

Le diagnostic est parfois posé des mois ou des années plus tard dans le cadre d'un bilan de douleurs abdominopelviennes chronique lors de la mise en évidence d'une masse volontiers calcifiée (28) (le lithopédion) cliniquement évoqué sur la notion de grossesse antérieure sans issue et négligée

III-6- Traitement

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. Elle est le plus souvent chirurgicale.

La découverte avant 20 semaines conduit le plus souvent à la proposition d'une interruption médicale de grossesse(29). La prise en charge chirurgicale est le plus souvent réalisée par laparotomie. C'était le choix thérapeutique chez notre patiente La voie coelioscopique est, selon les auteurs, réalisable en cas de grossesse de moins de 12 SA et d'implantation compatible avec tel geste [23,24]. Le traitement chirurgical pourra être complété par un traitement par méthotrexate.

Après 20 SA, le diagnostic anténatal de GA avancée avec fœtus vivant pose le problème de sa prise en charge. Conservant la conservation de la grossesse ? sur quels critères ? en cas de conservation, comment évaluer et surveiller le fœtus ? Et quand programmer la naissance ? Comment gérer le risque hémorragique chirurgical ? Martin a proposé des critères pouvant faire discuter une attitude conservatrice après 20 SA [30]. Il propose huit critères permettant d'envisager la poursuite d'une grossesse abdominale :

1. un bébé vivant lors d'une grossesse déjà avancée,
2. l'absence de malformation congénitale majeure,
3. l'absence de détresse foetale ou maternelle,
4. un bien-être foetal constant
5. une implantation placentaire basse dans l'abdomen loin du foie ou de la rate
6. une poche des eaux intacte avec du liquide amniotique tout autour du bébé
7. une hospitalisation continue de la patiente dans une maternité équipée, disposant d'équipes multidisciplinaire et de possibilités transfusionnelles intra-muros
8. une patiente informée et consentante.

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

Le devenir du placenta

La délivrance complète doit être l'idéale si elle est de réalisation aisée après inventaire des rapports du placenta avec des organes pelvi-abdominaux. Le placenta peut être laissé in situ après clampage du cordon au raz de la surface placentaire. La surveillance de sa résorption peut se faire par échographie doppler et ou par dosage des HCG plasmatiques [33]. Son délai d'involution spontanée est variable. Pour certains auteurs [2], il demeure fonctionnel pendant 50 jours. D'autres [10,34] ont eu recours au méthotrexate pour accélérer sa résorption. Cette thérapeutique est source de controverse [10,2]. En effet, elle augmenterait le risque d'infection secondaire liée à l'accumulation de tissus nécrotiques [28].

III- 7-Pronostic

Le pronostic maternel, il dépend du retard de diagnostic et de l'attitude prise vis-à-vis du placenta ; selon certains auteurs (35) la mortalité maternelle varie de 0 à 18 %. Quant au pronostic foetal il est sombre avec une mortalité située entre 75 % et 95 % (2) elle est liée à la vascularisation défectueuse du placenta (vieillesse précoce) à l'hypotrophie et aux malformations foetales (14).

IV- Conclusion:-

La grossesse abdominale est une entité très rare, mais hélas c'est encore une réalité dans nos régions, dans les milieux défavorisés, Son diagnostic au delà du second trimestre est difficile avec un pronostic maternel et foetal parfois péjoratif, d'où l'intérêt de la prévention des facteurs des risque de la grossesse extra-utérine avec une suivie précoce de la grossesse

V- 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 anatomoclinique rare. Rev Fr Gynecol Obstet 1993;88:261—5.
3. Alto WA. Abdominal pregnancy. Am Fam Physician 1990;41:209—14.
4. Lepers S, Besserve P, Montravers P. Anesthetic management for
5. delivery of an abdominal pregnancy. Ann FrAnasth Reanim 1999;18-6. 5:530-3.
7. Rabarijaona HZ, Rakotovao JP, Rakotoraha M, LLahy MJ, Randriamiarana JM. La grossesse abdominale. Med Afr Noire 2000;47:460—1.
8. Ekele BA, Ahmed Y, Nnadi D, Ishaku K. Abdominal pregnancy: ultrasound diagnosis aided by the balloon of a Foley catheter. Acta Obstet Gynecol Scand 2005;84:701—2.
9. Diouf A, Diouf F, Cisse CT, Diaho D, Gaye A, Diadhiou F. La grossesse abdominale à terme avec enfant vivant. À propos de deux observations. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1996;25s:212—5.
10. Astrash HK, Friede A, Hogue CJR. Abdominal pregnancy in the United States: frequency and maternal morbidity. Obstet Gynecol 1987;69:333—7.
11. 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.
12. J.A. Bang Ntamacka*, J.P. Ngou Mve Ngouc, B. Sima Olea, A. Sima Zuea, S. Mayi Tsongab, J.F. Meyea. *Abdominal pregnancy in Libreville from 1999 to 2009* journal de Gyn'écologie Obst'étrique et Biologie de la Reproduction (2012) 41, 83—87
13. Hailu FG, Yihunie GT, Essa AA et al. Advanced abdominal pregnancy, with live fetus and severe preeclampsia, case report. BMC Pregnancy Childbirth 2017; 17: 243. doi:10.1186/s12884-017-1437-y
14. Atrash HK, Friede A, Hogue CJR. Abdominal pregnancy in the United States: frequency and maternal morbidity. Obstet Gynecol 1987;69: 333-7.
15. 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 2004;32:55—61.
17. POIZAT R., LEWIN F. Grossesse extra-utérine après le 5ème mois. Encycl. Méd. Chir., Obstétrique, 5069 D10, 5-1982.
18. Ferland RJ, Chadwick DA, O'Brien JA, Granai III CO. An ectopic pregnancy in the upper retroperitoneum following in vitro fertilization and embryo transfer. Obstet Gynecol 1991;78:544-6.
19. Hallat JG, Grove JA. Abdominal pregnancy: a study of twenty-one consecutive cases. Am J Obstet Gynecol 1985;152:444-9.
20. R. Beddock a*, P. Naepels a, C. Gondry b, P. Besserve a, B. Camier a, J.-C. Boulanger a, J. Gondry a. Diagnosis and current concepts of management of advanced abdominal pregnancy Gynécologie Obstétrique & Fertilité 32 (2004) 55-61
21. Martin Jr JN, Sessums JK, Martin RW, Pryor JA, Morrisson JC. Abdominal pregnancy: current concepts of management. Obstet Gynecol 1988;71:549-57.
22. Kinzler WL, Scorza WE, Vintzileos AM. Recurrent uterine rupture after abdominal pregnancy. J Matern fetal Med 2001;10:423-5.
23. BOUZID F., CELLAMI D., BAATI S., CHAABOUNI M., TRIKI J., LAMINE L., REKIKI S. La grossesse abdominale. Rev. Fr. Gynécol. Obstétr. 1996, 9 1 : 616-618.
24. Persad PS, Dwarakanath LS. Disregarding clinical features leads to misdiagnosis. Am J Obstet Gynecol 1996;174:296-7.
25. Sfar E, Kaabar H, Marrakechi O, Zouari F, Chelli H, KharoufM, et al. La grossesse abdominale, entité anatomoclinique rare. À propos de quatre cas (1981-1990). Rev Fr Gynecol Obstet 1993;88-4:261-5.
26. [2 3] Diouf A, Diouf F, Cisse CT, Diallo D, Gaye A, Diadhiou F. La grossesse abdominale à terme avec enfant vivant. À propos de deux observations. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1996;25:212-5.
27. Hall JM, Manning N, Moore NR, Tingey WR, Chamberlain P. Antenatal diagnosis of a late abdominal pregnancy using ultrasound and magnetic resonance imaging: a case report of successful outcome. Ultrasound Obstet Gynecol 1996;7:289-92.

28. Shumway JB, Greenspoon JS, Khouzami AN, Platt LD, Blakemore KJ. Amniotic fluid alpha fetoprotein (AFAFP) and maternal serum alpha fetoprotein (MSAFP) in abdominal pregnancies:
29. Echenique-Elizondo M, Carbonero K. Full term abdominal pregnancy, mother and infant survival. *JAmColl Surg* 2001;231:192–192.
30. Duchamp de Chastaigne M, Mezin R. Association grossesse abdominale– grossesse intra-utérine au troisième trimestre. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1994;23:440–3.
31. Abdi Ahmed Bonahy1,&, Houssam Sabbah2, Ahmed Baba Abdeljelil1, Moubarak Mahmoudi2
32. *Momified abdominal pregnancy* Pan African Medical Journal. 2016; 25:230 doi:10.11604/pamj.2016.25.230.10857
33. 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; 32 : 55-61
34. Martin Jr JN, McCaul IVJF. Emergent management of abdominal pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 1990; 33 : 438-47.
35. Atrash HK, FriedeA, Hogue CJR. Abdominal pregnancy in the United States: frequency and maternal morbidity. *Obstet Gynecol* 1987;69: 333–7.
36. Strafford JC, Ragan WD. Abdominal pregnancy review of current management. *Obstet Gynecol* 1977;50-5:548–52.
37. Bajo JM, Garcia-Frutos A, Huertos A. Sonographic follow-up of a placenta left in situ after delivery of the foetus in an abdominal pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1996;7:285—8.
38. Kharbach A, Brahmi R, Farhati D, Fadhi A, Chohtane A, Rhrab B. Un nouveau cas de grossesse abdominal à terme avec enfant vivant. *Maroc Med* 1990;639:134—6.
39. HAINAUT F., MAYENGA J.M., CRIMAIL Ph. La grossesse abdominale tardive. A propos d'un cas. *Rev. Fr. Gynecol. Obstétr.* 1991, 86 : 522-528.