



Journal Homepage: [-www.journalijar.com](http://www.journalijar.com)

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI:10.21474/IJAR01/12650
DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/12650>



RESEARCH ARTICLE

LA GROSSESSE HÉTÉROTOPIQUE: A PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LA LITTÉRATURE

Fadi Abu Mattar, Mohamed Saleh Abderahmane, Benrahal Douae, Sofia Jayi, Fatimazahra Fdili Alaoui
and Hikmat Chaara Mouly Abdelilah Melhouf
Service de Gynéco Obstétrique II CHU Hassan II De Fès.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 05 February 2021
Final Accepted: 10 March 2021
Published: April 2021

Key words:-

Diagnosis, Special Case, Endovaginal
Ultrasound, Prognosis

Abstract

Heterotopic pregnancy is defined by the simultaneous presence of an intrauterine pregnancy (GIU) and an ectopic pregnancy (GEU) in the same patient regardless of the location of the ectopic pregnancy. It is a pathological form of bi-ovular dizygotic twin pregnancy which implanted in the uterine cavity and the other in an ectopic situation. It is rare but exceptional, of ultrasound its diagnostic difficulties remain. This frequency has sharply increased in recent years due to the development of MAP techniques and the high frequency of upper genital infections. We report a case of a 37-year-old parturient who consulted for acute pelvic pain and bleeding in a context of amenorrhea and hemodynamic instability, a heterotopic pregnancy was diagnosed by ultrasound and an urgent mini laparotomy was performed. Through this case we want to retrospectively underline the great interest of the early diagnosis of heterotopic pregnancy in order to preserve the patient's subsequent fertility as well as the GIU .

Copy Right, IJAR, 2021,. All rights reserved.

Introduction:-

La grossesse hétérotopique ou ditopique est définie par la présence simultanée d'une grossesse intra-utérine (GIU) et d'une grossesse extra-utérine (GEU) chez la même patiente. Sa fréquence est variable selon les séries: de 1/30 000 en cas de grossesses spontanées à 1/100 au cours de l'assistance médicale à la procréation (AMP) [1—4]. C'est une pathologie qui pose un problème diagnostique et peut mettre en jeu le pronostic vital de la femme comme indiquer dans notre cas si une prise en charge adéquate ne se fait pas à temps.

Observation médicale:-

Mme Z.F âgée de 37 ans, mariée depuis 5 mois, sans antécédents pathologiques notables, avec un cycle régulier 7/28 jours. Elle a consulté aux urgences pour une douleur pelvienne aiguë spontanée évoluant depuis 5 jours, associée à des métrorragies de moyennes abondances avec aménorrhée de 8SA+3jrs. À l'admission, les constantes hémodynamiques étaient instables avec des conjonctifs décolorés, TA 09/06 FC 115bats/min. L'abdomen était sensible avec une défense de la fosse iliaque droite, et une sensibilité abdominale diffuse, au spéculum, col gravide avec présence d'un saignement de moyenne abondance provenant de l'endocol. Au toucher vaginal, l'utérus était de taille subnormale, le CDS latéral droit était douloureux avec perception d'une masse palpable, Au Toucher rectal :

Corresponding Author:- Fadi Abu Mattar

Address:- Service de gynéco obstétrique II CHU Hassan II de Fès.

cri du cul du douglas positif: au bilan biologique, le taux d'hémoglobine était à 11g/dL/14g/dl avec une déglobulisation estimée à 2g/24h, le taux de BHCG à 131050 UI/ml. À l'échographie endo vaginale: présence en intra utérin d'un sac gestationnel avec un embryon activité cardiaque positive LCC= 9SA+2j, présence également en latero utérine droite d'un sac gestationnel avec embryon activité cardiaque négative et présence aussi d'une vésicule vitelline en son sein, ovaire gauche: sans anomalie épanchement intra abdominal de grande abondance arrivant jusqu'à l'espace de Morrison(Figure 1, Figure 2, Figure 3, Figure 4).

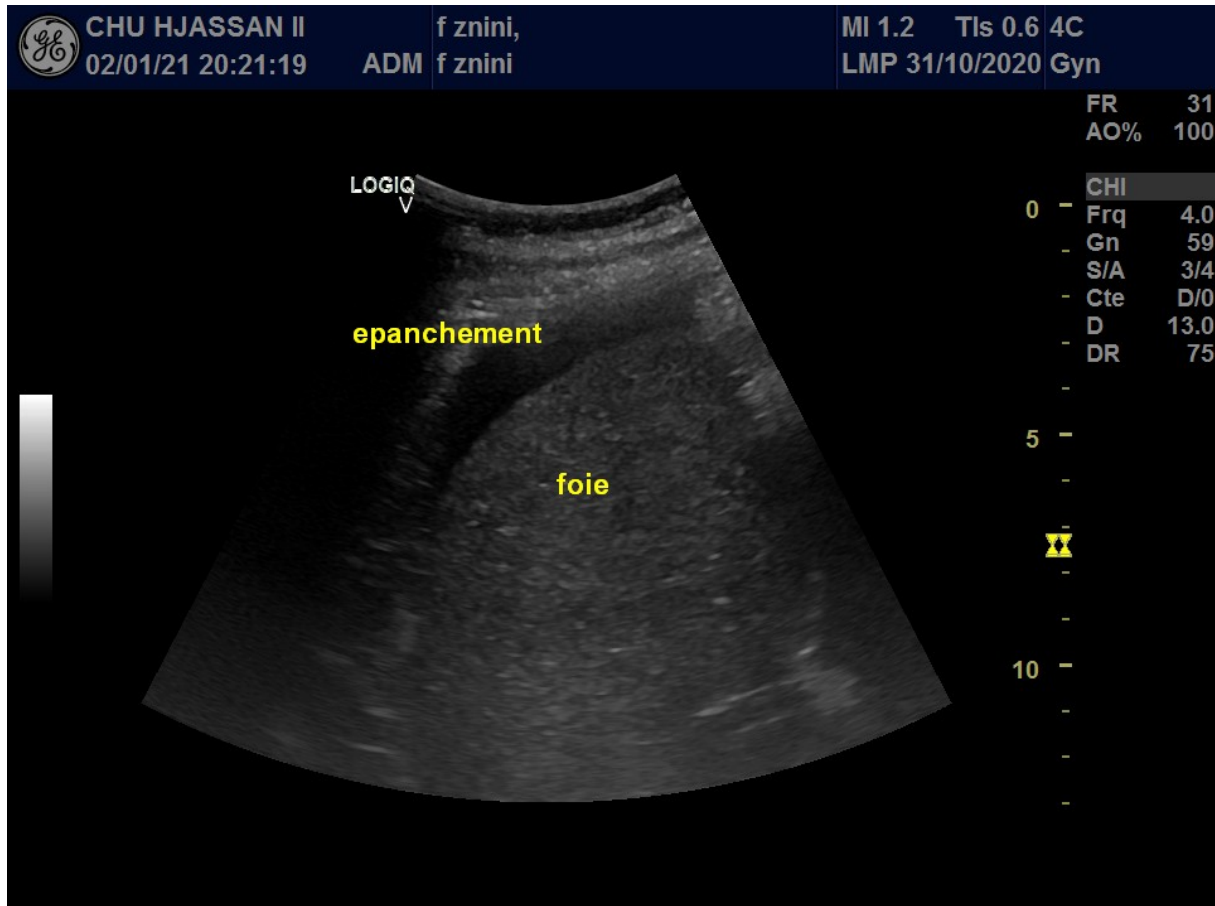


Figure 1:- Épanchement intra péritonéal de grande abondance arrivant jusqu'à l'espace sus hépatique.

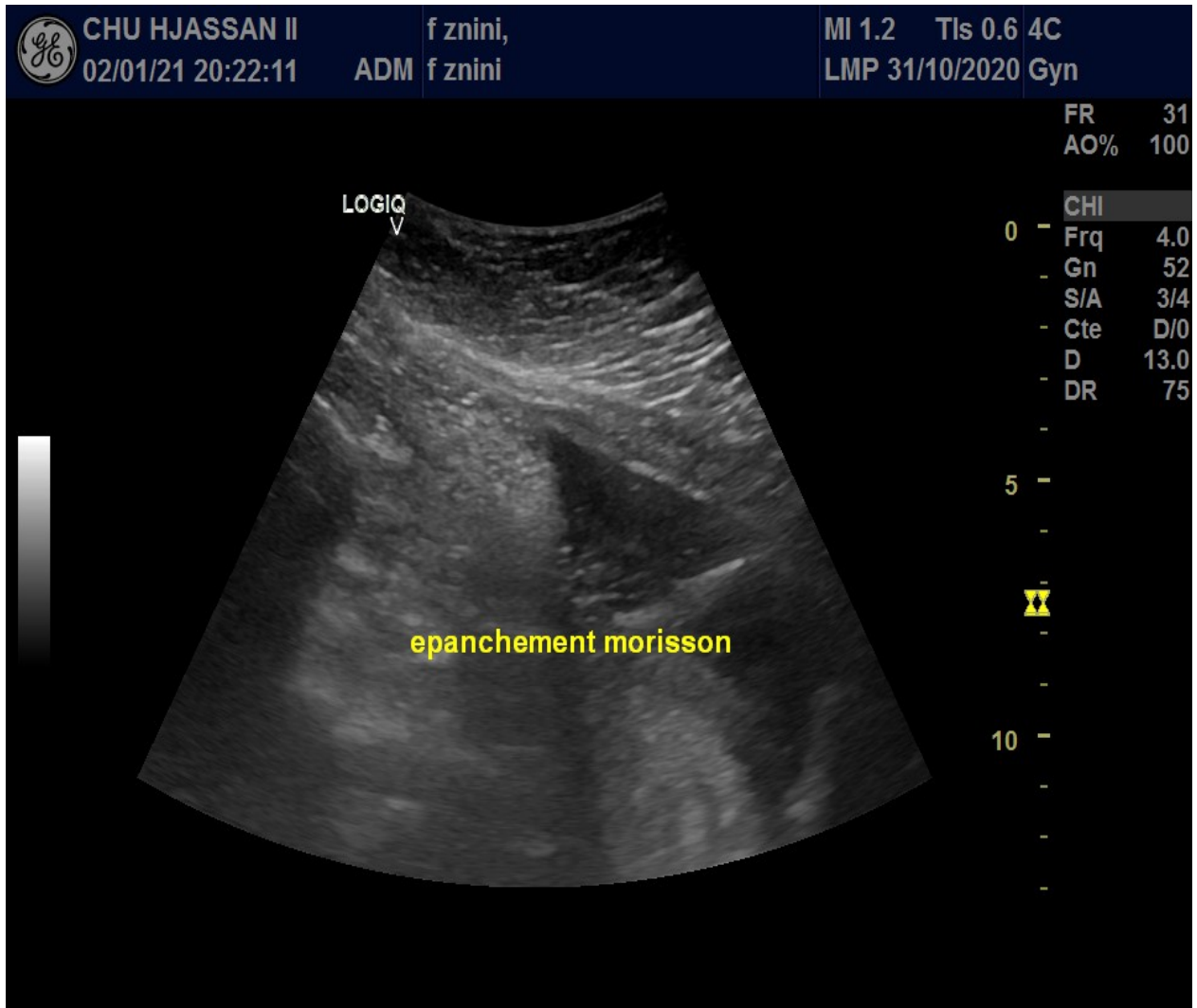


Figure 2:-Épanchement comblant l'espace de Morrison.

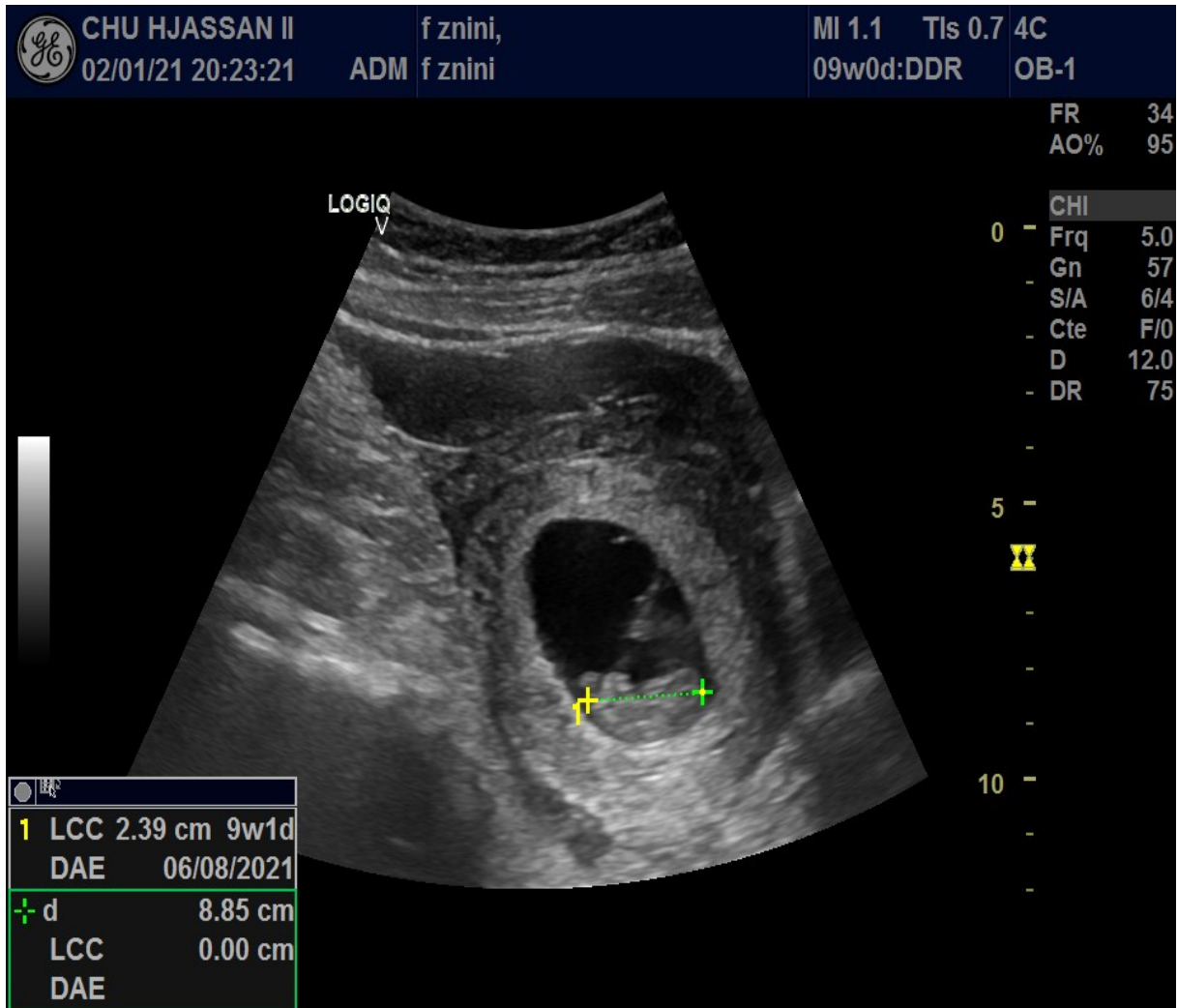


Figure 3:- sac gestationnel intra utérin avec embryon a activité cardiaque positive estimé a 9SA+1j.

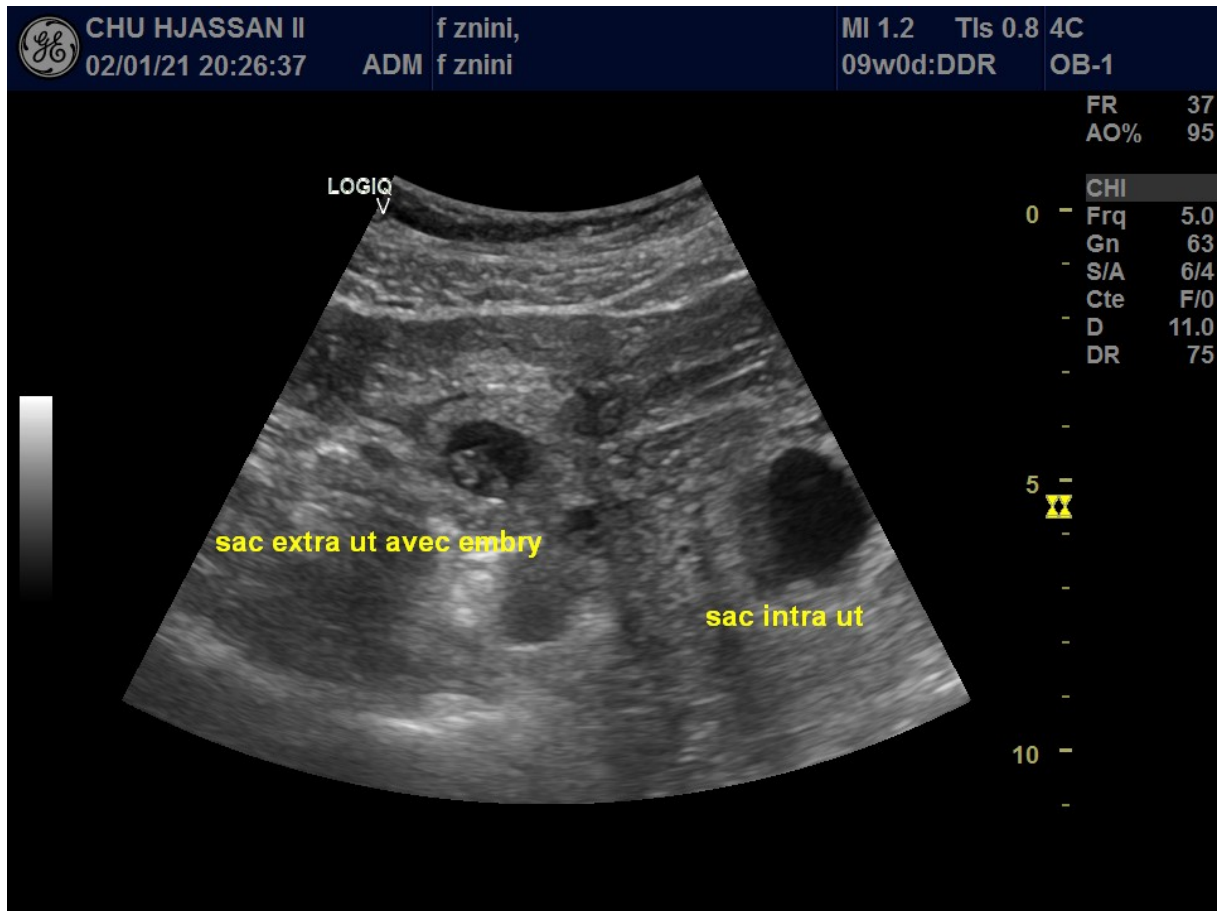


Figure 4:- sac gestationnel intra uterin, sac gestationnel extra uterin avec embryon activité cardiaque négative.

Le diagnostic d'une grossesse hétérotopique a été retenu à la lumière des données cliniques, biologiques et échographiques, avec décision d'une mini laparotomie exploratrice en urgence vue l'état hémodynamique instable de la patiente, et vue la non disponibilité de salle opératoire coelioscopique au service des urgences. Une mini laparotomie a été réalisée sous anesthésie générale avec incision transverse type Pfannenstiel, à l'exploration, présence d'un épanchement intra-péritonéal de grande abondance aspiré estimé à 2l fait de caillots de sang rougeâtres et noirâtres, présence d'une GEU tubaire droite (sac gestationnel vu) rompue avec trompe de mauvaise qualité, utérus augmenté de taille faisant environ 10SA, annexe gauche sans anomalie (Figure 5), décision de réaliser une salpingectomie droite sans manipulation utérine, hémostase obtenue, lavage abondant au sérum salé et fermeture plan par plan, en fin d'acte patiente stable transfusée par 2CG phénotypes, extubée à H1 avec paramètres hémodynamiques stables activité cardiaque vérifiée était positive après 48h, patiente mise sous progestatifs dans un but de mieux relâcher l'utérus en post opératoire, aussi antibiothérapie, analgésie bien codifiée, toilette intime, aussi HBPM à dose préventive. Actuellement la grossesse est estimée à 24SA avec AC toujours positives, la patiente continue son suivi dans notre formation.



Figure 5:- GEU droite tubaire, trompe du mauvaise qualité.

Discussion:-

La grossesse hétérotopique est l'association d'une GIU et d'une GEU. Le premier cas a été rapporté par Duvernet en 1708 au cours d'une autopsie [1]. Sur le plan épidémiologique, la fréquence des grossesses hétérotopiques est variable selon les séries: de 1/30 000 en cas de grossesses spontanées à 1/100 au cours de l'AMP [2—4].

Les facteurs de risque de la grossesse hétérotopique sont multiples mais les principaux facteurs de risques actuellement sont les infections génitales, mais surtout les grossesses obtenues à travers les différentes techniques de la procréation médicale assistée [5].

Sur le plan physiopathologique, la grossesse combinée peut résulter d'une fécondation simultanée 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][6].

L'échographie pelvienne est le principal examen paraclinique qui permet de poser le diagnostic d'une grossesse combinée et qui permet de préciser l'âge de la grossesse, la qualité de la GIU, le siège de la GEU et l'existence d'un éventuel épanchement. Le diagnostic est certain lorsqu'on met en évidence un sac gestationnel intra-utérin contenant un embryon et un autre sac extra-utérin contenant des échos embryonnaires, surtout quand l'activité cardiaque est positive. Toutefois, l'échographie peut être faussement rassurante en ne visualisant que la GIU, [7][8].

En effet, pour Risk et al le diagnostic échographique préopératoire de grossesse hétérotopique n'a été porté que dans 10 à 14 % des cas [9] Pour Tal et al, L'association des données cliniques et échographiques permet de diagnostiquer 41,1 % des grossesses hétérotopiques [6].

La cœlioscopiesans mettre de canule intra-utérine est l'examen de référence pour confirmer le diagnostic de grossesse hétérotopique [2—4]. Elle permet d'apprécier la taille de l'utérus, de visualiser la GEU, d'apprécier l'état de la trompe, de quantifier l'hémopéritoine et de réaliser le geste thérapeutique. En cas d'hémorragie intra-abdominale ou d'état de choc, une laparotomie est préférable [10] Le traitement de la grossesse hétérotopique a pour but d'ablation la GEU en conservant au maximum si possible la GIU, aussi de préserver la fertilité à chaque fois que possible. Le traitement médical est basé sur l'injection locale de KCl sous écho guidage et représente une bonne alternative à la chirurgie, [2—4,]. L'injection in situ de soluté glucosé hyperosmolaire a été aussi rapportée [8], selon Riadh et al ce type d'injection local a été utilisé sur une patiente avec résultat satisfaisant [15], Une baisse marquée du taux plasmatique de -HCG après traitement de la GEU est fréquemment observée et correspond à l'arrêt de la GEU. Le méthotrexate en injection locale ou par voie générale est déconseillé à cause de son effet tératogène et toxique sur la GIU [2—4]. Son utilisation suppose que la GIU n'est pas évolutive ou à sacrifier. Le traitement chirurgical, même par laparotomie, ne semble pas perturber le développement de la GIU, sous réserve que la manipulation de l'utérus soit minimale et l'anesthésie de courte durée ; la tocolyse prophylactique est discutable [2,10]. En cas de traitement radical, la salpingectomie doit être réalisée sans résection de la portion interstitielle pour ne pas fragiliser l'utérus [14]. Si une résection cunéiforme de la corne utérine est réalisée, une césarienne prophylactique doit être envisagée.

Conclusion:-

Le diagnostic de grossesse hétérotopique ne doit pas être exclu par la découverte d'une GIU sur un cycle spontané, C'est l'intérêt à chaque fois qu'on individualise un sac gestationnel intra utérin de chercher en latéro utérine une masse éventuelle peuvent correspondre à une GEU .La cœlioscopie reste la premier moyen chirurgical de traitement en cas d'une patiente stable permettant à la fois de poser le diagnostic et surtout le traitement .A travers notre cas par lequel le diagnostic a été fait au stade de rupture de la trompe , nous attirons l'attention des praticiens que le diagnostic de la grossesse hétérotopique doit se faire de façon très précoce, surtout au stade où la GEU est non rompue, et GIU est toujours évolutive, afin de pouvoir de conserver la fertilité chez la parturiente en évitant la salpingectomie et aussi conserver l'évolutive de la GIU.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la prise en charge de la patiente et à la rédaction du manuscrit. Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit

Reference:-

- [1] Dimitry ES, Subak-Sharp R, Mills M, Margara R, Winston R. Nine cases of heterotopic pregnancies in 4 years of in vitro fertilization. *FertilSteril* 1990;53:107—10.
- [2] Diallo D, Aubard Y, Piver P, Baudet JH. Grossesse hétérotopique : à propos de 5 cas et revue de la littérature. *J GynecolObstetBiolReprod* 2000;29:131—41.
- [3] Montilla F, Amar P, Boyer S, Karoubi R, Diquelou JY. Grossesse hétérotopique à propos d'un cas avec un tableau clinique rare. *J GynecolObstetBiolReprod* 2007;36:302—5.
- [4] Laghzaoui Boukaïdi M, Bouhya S, Sefrioui O, Bennani O, Hermas S, Aderdour M. Grossesses hétérotopiques : à propos de huit cas. *GynecolObstetFertil* 2002;30:218—23.
- [5] Les Grossesses Hétérotopiques, à propos de 5 cas. MOUHARIR, Meriem, <http://hdl.handle.net/123456789/16182>
- [6] Tal J, Haddad S, Gordon N, Timor-Tritsch I. Heterotopic pregnancy after ovulation induction and assisted reproductive technologies: a literature review from 1971 to 1993. *FertilSteril* 1996;6:1—12.
- [7] DeFrancesch F, DiLeo L, Martinez J. Heterotopic pregnancy: discovery of ectopic pregnancy after elective abortion. *South Med* 1999;9:330—2.
- [8] Strohmer H, Obruca A, Lehner R, Egarter C, Husslein P, Feichtinger W. Successful treatment of a heterotopic pregnancy by

- [9] Rizk B, Tan SL, Morcos S, et al. Heterotopic pregnancies after in vitro fertilization and embryo transfer. *Am J Obstet Gynecol* 1991;164:161—4.
- [10] Simsek T, Dogan A, Simsek M, Pestereli E. Heterotopic triplet pregnancy (twintubal) in a natural cycle with tubal rupture: a case report and review of the literature. *J Obstet Gynaecol Res.* 2008;34(4):759–62.
- [11] Habana A, Dokras A, Giraldo J, Jones EE. Cornual heterotopic pregnancy: contemporary management options. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182:1264—70.
- [12] Korkontzelos I, Antoniou N, Stefanos T, Kyparos I, Lykoudis S. Ruptured heterotopic pregnancy with successful obstetrical outcome: a case report and review of the literature. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2005;32:203—6.
- [13] Bornstein E, Berg R, Santos R, Monteagudo A, Timor-Tritsch IE. Term singleton pregnancy after conservative management of a complicated triplet gestation including a heterotopic cornual mono chorionic twin pair. *J Ultrasound Med* 2011;30(6):865—7.
- [14] Peng HW, Hsiang TC, Jen-Yu T, et al. Laparoscopic surgery for heterotopic pregnancies: a case report and brief review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1998;80:267—71.
- [15] Riadh Ben Temime* , Nabil Mathlouthi , Tahar Makhlouf , Leila Attia , Abdellatif Chachia , La grossesse hétérotopique : à propos de sept cas et revue de la littérature.