



Journal Homepage: -[www.journalijar.com](http://www.journalijar.com)  
**INTERNATIONAL JOURNAL OF  
 ADVANCED RESEARCH (IJAR)**

Article DOI:10.21474/IJAR01/13461  
 DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/13461>



### RESEARCH ARTICLE

#### GROSSESSE GEMELLAIRE EXTRA- UTERINE : A PROPOS D'UN CAS

Sidibé Aboubacar Sidiki, Bouhebeini Cheick, Karam Harou and Abderaouf Soumani

Service De Gynécologie Obstétrique, CHU Mohamed VI, Marrakech, Maroc.

#### Manuscript Info

##### Manuscript History

Received: 28 July 2021

Final Accepted: 31 August 2021

Published: September 2021

##### Key words:-

Geu Gemellaire, Infections Genitales  
 Hautes, Laparotomie

#### Abstract

L'entité grossesse extra utérine gémellaire reste exceptionnelle avec une incidence de 1/200 grossesses extra-utérines. Sa prise en charge est dans la majorité des cas chirurgicale. Nous exposons un cas exceptionnel de GEU gémellaire évolutive au sein de notre structure. Présentation du cas : Une femme de 40 ans multipare, avec comme antécédents pathologiques les infections génitales hautement traitées à répétition ; qui s'est présentée aux urgences obstétricales pour des douleurs pelviennes et métrorragies évoluant depuis 24 heures avec retard des règles de deux mois, son état hémodynamique était stable avec TA : 11/06 mmHg, FC : 75bpm. Le compte-rendu de l'évaluation échographique a fait état d'une grossesse gémellaire extra-utérine droite évolutive, avec un épanchement péritonéal de moyenne abondance. Nous avons réalisé une laparotomie en urgence durant laquelle les sacs gestationnels furent évacués et ainsi qu'une salpingectomie droite vu l'état de la trompe. Conclusion : la stratégie de prévention afin de diminuer le taux de décès maternels lié à la GEU passe par la prévention primaire : campagne de promotion des préservatifs, campagne de dépistage des Chlamydiae, campagne antitabac.

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

#### Introduction:-

La grossesse extra-utérine (GEU) est définie comme l'implantation d'une grossesse en dehors de l'utérus et représente 1 à 3 % des grossesses [1].

Elle reste potentiellement mortelle dans les formes rompues hémorragiques méconnues. Elle pose un problème diagnostique et thérapeutique avec une évolutivité imprévisible dans le temps.

L'entité grossesse extra utérine gémellaire reste exceptionnelle, peu de données la concerne dans la littérature, avec une incidence de 1/200 grossesses extra-utérines [5] et celle de la GEU gémellaire vivante est encore plus rare, et a été calculé pour être 1/125 000 grossesses [6]. Sa prise en charge comme n'importe quelle autre GEU fait appel à un arsenal thérapeutique de plus en plus large allant de l'abstention au traitement chirurgical radical en passant par le traitement médical.

Nous illustrons à travers cet exposé un cas exceptionnel de GEU gémellaire évolutive rencontrée dans notre structure.

**Corresponding Author:- Sidibé Aboubacar Sidiki**

Address:- Service De Gynécologie obstétrique, CHU Mohamed VI, Marrakech, Maroc.

**Présentation du Cas**

Une femme de 40 ans ayant quatre enfants vivants par voie basse, avec comme antécédents pathologiques les infections génitales hautement traitées à répétition, ses cycles menstruels sont réguliers, grossesse non induite (la patiente n'avait reçu aucune thérapie d'infertilité) ; qui s'est présentée aux urgences obstétricales pour des douleurs pelviennes et métrorragies évoluant depuis 24 heures avec retard des règles de deux mois, son état hémodynamique était stable avec TA : 11/06 mmhg, FC : 75bpm.

A l'examen somatique, elle avait une sensibilité pelvienne manifeste et l'examen sous spéculum montrait le col de l'utérus fermé avec des métrorragies minimales noirâtres, un cri de Douglas présent au toucher rectal.

Le compte-rendu de l'évaluation échographique a fait état d'un utérus vide avec ligne de vacuité en place, présence en latérorutérin de deux sacs gestationnels contenant chacun un embryon visible avec activité cardiaque positive de 7 SA 2 jours : il s'agissait donc d'une grossesse gémellaire extra-utérine droite évolutive, avec un épanchement péritonéal de moyenne abondance.

Les résultats des analyses de laboratoire amenées par la patiente étaient : B-hcg 12673 UI/L, la concentration de l'hémoglobine de la patiente était de 8g/dl.

Nous avons réalisé une laparotomie en urgence, à l'exploration on a retrouvé une trompe droite rompue avec deux sacs gestationnels contenant chacun un embryon (Photo 1). On a procédé alors à l'extirpation des sacs gestationnels et ainsi qu'à une salpingectomie droite (Photo 2) vu l'état de la trompe, aussi une aspiration de l'hémopéritoine.

La trompe gauche était indemne.



**Photo 1:-** GEU gémellaire avec trompe rompue.



**Photo 2:-** les deux sacs gestationnels avec embryons.

Les suites post opératoires ont été simples, autorisant une sortie du service au 3<sup>e</sup> jour de son hospitalisation. L'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire était en faveur d'une grossesse extra-utérine gémellaire.

### **Discussion:-**

La grossesse gémellaire extra-utérine évolutive est une entité rare [6].

Dans la littérature médicale publiée en anglais, il n'y a eu que sept autres cas de grossesses gémellaires évolutives ectopiques [7]. Il s'agit de la première description dans notre formation.

Son mécanisme physiopathologique comme les autres GEU pourrait être secondaire au reflux ou à la non progression de l'ovocyte fécondé vers la trompe [2,3,4]. En procréation médicalement assistée le transfert de plusieurs embryons pourrait être un facteur de risque [15].

Sa symptomatologie clinique est similaire à celle des autres GEU. La classique triade faite de douleurs abdominales, aménorrhées secondaires et métrorragies chez une femme en période d'activité génitale comme chez notre patiente a été décrite par quasiment tous les auteurs [8,9].

L'examen clinique est insuffisamment fiable pouvant même conduire à des erreurs diagnostiques pouvant retarder la prise en charge [10]. Selon la symptomatologie nous pouvons retrouver une anémie clinique jusqu'à une irritation péritonéale qui témoigne de la constitution d'un hémopéritoine [11,12].

L'association de la triade diagnostique classique à un taux de  $\beta$ HCG supérieur à 1500 Unités Internationales par litre (UI/l), l'absence de sac gestationnel en intra-utérin et la présence d'une masse latéro-utérine indépendante de l'ovaire porte a priori le diagnostic de grossesse extra-utérine [13]. Cependant on peut noter une élévation inhabituelle du taux des  $\beta$ HCG par rapport au GEU monofoetale.

L'évolution est rapide vu la surdistension de la trompe, l'exposant ainsi à une rupture précocement.

La thérapeutique est fonction de plusieurs paramètres regroupés dans le score clinico-biologique de Fernandez [14]. Le traitement médical dans les GEU gémellaires évolutives n'est pas une bonne option vu le risque important de rupture. En tenant compte du risque de rupture précoce et d'hémopéritoine, le traitement chirurgical reste l'option la plus appropriée, et la laparoscopie reste le gold standard ; bien que le traitement conservateur soit privilégié, le traitement radical reste inévitable lorsque la trompe est déchiquetée ou qu'il existe un problème d'hémostase.

Notre patiente a ainsi bénéficié d'une laparotomie avec salpingectomie droite du fait de l'état délabré de la trompe ne permettant pas le traitement conservateur.

### **Conclusion:-**

Un diagnostic précis et précoce dans la grossesse gémellaire extra-utérine est encore plus utile, car de telles grossesses peuvent se développer plus grand et, par conséquent, ont un risque plus élevé de rupture.

La diminution des décès maternels par GEU repose sur la prévention primaire : campagne de promotion des préservatifs, campagne de dépistage des Chlamydia, campagne antitabac.

### **Conflits D'intérêts**

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

### **Contributions des auteurs**

Ce travail a été réalisé en collaboration entre tous les auteurs. Les auteurs Bouhebeini Cheick et Aboubacar Sidibé ont rédigé le manuscrit. L'auteur Harou Karam a corrigé le travail et apporté des modifications utiles.

### **Remerciements**

Les auteurs remercient toute l'équipe de résidents de gynéco-obstétrique du CHU Mohammed 6 de Marrakech pour leur travail dans la prise en charge des urgences obstétricales.

**References:-**

1. Barnhart KT. Clinical practice. Ectopic pregnancy. N Engl J Med 2009 ;23(4): 379–87 [361
2. Ghi T, Banfi A, Marconi R. et al. Three-dimensional sonographic diagnosis of ovarian pregnancy. Ultrasound ObstetGynecol 2005;26(1):102-104.
3. Kraemer B, Kraemer E, Guengoer E. et al. Ovarian ectopic pregnancy: diagnosis, treatment, correlation to Carnegie stage 16 and review based on a clinical case. Fertil and Steril. 2009;92(1):392.
4. Sergent F, Mauger F, Gravier A, Verspyck E, Marpeau L. Ovarian pregnancies: reevaluation of diagnostic criteria. J GynecolObstetBiolReprod. 2002;31(8):741–746
5. Hanchate V, Garg A, Sheth R, Rao J, Jadhav PJ, Karayil D. Transvaginal sonographic diagnosis of live monochorionic twin ectopic pregnancy. J Clin Ultrasound 2002;30 (1):52 –6.
6. Parker J, Hewson AD, Calder-Mason T, Lai J. Transvaginal ultrasound diagnosis of a live twin tubal ectopic pregnancy. Australas Radiol 1999 ;43(1):95 –7.
7. Eddib A, Olawaiye A, Withiam-Leitch M, Rodgers B, Yeh J. Live twin tubal ectopic pregnancy. International Journal of Gynecology& Obstetrics. 2006 May ;93(2) :154–5
8. Balde I.S, Diallo F.B, Conte. Ectopic pregnancyat the Ignace Deen University Hospital inConakry: Epidemiologic, social, demographic,therapeutic, and prognostic aspects. MédecineetSantéTropicale 2014 ;24 :297-300.
9. Jean-François M, Adrien S.Z, Boniface S.O.et al. Aspects actuels de la grossesse extra- -utérine à Libreville (Gabon) : à propos de 153cas. Cahier Sante 2002 ;4(12) :405-408.
10. Thiam M, Diop M.M., Ba P.A. et al. Recueildiagnostique des Grossesses Extra Utérinesaux urgences médicales du CHR de Thiès : àpropos de 4 cas. Journal de la SAGO 2014 ;15(2) :44-48.
11. Ercal T, Cinar O, Mumcu A. et al. Ovarianpregnancy: relationship to an intrauterine device.JObstetGynecol 1997;37(3):362-364.
12. Spiegelberg O. ZurKasuistik der Ovarialschwangerchaft. ArchGynaekol. 1878 ;13 :7
13. Millet I, Melanie C, Emma P.B. et al. Urgences gynécologiques corrélations radio-chirurgicales. Imagerie de la Femme 2015 <http://dx.doi.org/10.1016/j.femme.2015.03.002>
14. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) Guidelines for clinical practice : ectopicpregnancy management. J GynecolObstetBiolReprod 2003;32(7):112-136.
15. Schwartz RO, Di Pietro DL. beta-hCG as a diagnostic aid for suspected ectopic pregnancy. *ObstetGynecol*1980;56: 197–203.