

Grossesse extra-utérine abdominale
à termeAbdominal extra-uterine in term
pregnancy

الحمل خارج الرحم البطني كامل النمو

N. Oudghiri, M. Doumiri, M. Behat, R. Tachinante, A. S. Tazi

الملخص :

مقدمة : يعرف الحمل البطني بتعشيشي ونمو البويضة المخصبة داخل التجويف الصفاقي وتحدث غالبا عند الدول النامية حيث التطبيب مازال ضعيفا. الاكتشاف أثناء العملية يقدر بـ 50% تقريبا ويكون مصاحبا لنسبة مهمة من المضاعفات المراضة في الفترة حول الولادة وكذلك وفيات الأمهات.

الملاحظة السريرية : نفيكم بحالة حمل بطني كامل المدة اكتشف أثناء عملية قيصرية لضائقة جنينية حادة. المشيمة كانت ملتصقة بالثرب، بالسيني وبالجزع الأيمن، فك التصاقاتها كان شافا، ثم تحرير المشيمة بصعوبة مما أدى إلى صدمة نزفية كبحت بالإرقاء الجراحي ونقل الدم. المولود الجديد كان كاملا وزنه 2400 جرام، توفي ساعتان بعد الولادة بعدما تلقى كل تدابير الإنعاش اللازمة.

مناقشة: التشخيص السريري غالبا ما يكون صعبا ونادرا أمام تدمي الصفاق أثناء حالة حمل مجهولة، الموجات فوق الصوتية تسمح التشخيص في معظم الأحيان. ويختلف الدعم الطبي حسب سن الحمل ويتطلب فريق متعدد الاختصاصات. المتابعة الطبية والاستشفاء في بنية متخصصة ضروري إلى غاية الولادة وهذا إذا كان الحمل حيا بعد 20 أسبوع من انقطاع الطمث، يتم ترك بقايا المشيمة الملتصقة مع الأعضاء المجاورة محليا. فك الالتصاق فيه خطر كبير من النزيف ولذلك يتم رصد ارتشاف عفوي من المشيمة عن طريق الموجات فوق الصوتية دوبلر وقياس بيتا HCG استخدام الميتوتريكتات قد يعجل ارتشاف المشيمة. وقد اقترحت تقنيات الأشعة التداخلية للإصمام الشرياني للمشيمة في مرحلة ما قبل أو ما بعد الجراحة.

خاتمة : مراقبة وعلاج الأمراض التناسلية للمرأة وكذلك التشخيص والترصد المنتظم والمستمر للحمل يجعل هذه الحالة من الحمل نادرة.

الكلمات الأساسية : حمل بطني ، حمل خارج الرحم ، مأل الأم والجنين

Résumé :

Introduction : La grossesse abdominale se définit comme la nidation et le développement de l'œuf fécondé dans la cavité péritonéale. Elle survient dans la majorité des cas dans les pays sous-développés où la médicalisation est encore insuffisante. La découverte peropératoire, estimée aux alentours de 50%, peut être grevée d'une importante mortalité et morbidité périnatale et ainsi qu'une mortalité maternelle de 5,2%.

Observation : Notre cas a été découvert lors d'une césarienne pour souffrance fœtale aigue. Le placenta était adhérent à l'épiploon, au sigmoïde et à la trompe droite, l'adhésiolyse était laborieuse libérant le placenta difficilement extirpable. La parturiente a présenté un choc hémorragique jugulé par hémostase chirurgicale et la transfusion. Le nouveau né de 2400 g est décédé après deux heures malgré les mesures de réanimation.

Discussion : Le diagnostic clinique est souvent difficile et rare devant un tableau d'hémopéritoine massif sur une grossesse méconnue. L'échographie permet le diagnostic le plus souvent. La prise en charge varie selon le terme et nécessite une équipe multidisciplinaire. un suivi rapproché, avec hospitalisation dans une structure adaptée est nécessaire jusqu'à accouchement si la grossesse est viable après 20SA. Les adhérences des résidus placentaires avec les organes de voisinages sont laissées in situ. L'adhésiolyse est à haut risque hémorragique. La résorption spontanée du placenta sera surveillée par échographie doppler et dosage de Beta-HCG. L'utilisation du méthotrexate pourrait accélérer la résorption du placenta. Les techniques de radiologie interventionnelle ont été proposées pour emboliser les pédicules afférents du placenta en pré ou postopératoire.

Conclusion : Le contrôle et le traitement des affections génitales de la femme ainsi que le diagnostic et la surveillance systématique et régulière des grossesses, rendent cette forme de grossesse exceptionnelle.

Mots-clés : Grossesse abdominale, grossesse extra-utérine, pronostic materno-fœtal

Abstract :

Introduction : Abdominal pregnancy is defined as implantation and development of the fertilized egg into the peritoneal cavity. It occurs in most cases in under- developed countries where the medicalization is still insufficient. Intraoperative discovery, estimated at around 50%, can be burdened with significant mortality and perinatal morbidity and maternal mortality as well as 5.2%.

Observation : We report the case of a lap -term pregnancy, discovered during a cesarean section for acute fetal distress. The placenta was adherent to the omentum, the sigmoid and right wrong, adhesiolysis was labored hard extirpable releasing the placenta. Parturient presented hemorrhagic shock curbed by surgical hemostasis and transfusion. The newborn of 2400 g died after two hours despite resuscitative measures.

Discussion : The clinical diagnosis is often difficult and rarely in front of a massive hemoperitoneum in unrecognized pregnancy. Ultrasound allows the diagnosis most often. Support varies depending on the term and requires a multidisciplinary team. Follow -up, with hospitalization in a suitable structure is needed until delivery if the pregnancy is viable after 20SA. Adhesions placental residue are left in situ. Adhesiolysis is at high risk of bleeding. Spontaneous resorption of the placenta will be monitored by Doppler ultrasound and determination of Beta - HCG. The use of methotrexate may accelerate resorption of the placenta. The interventional radiology techniques have been proposed to embolize the pedicles related placenta in pre-or postoperatively.

Conclusion : The control and treatment of genital women disorders as well as systematic and regular monitoring of pregnancies make this form exceptional.

Key words : abdominal pregnancy, extra uterine pregnancy, outcome maternal-fetal

Tiré à part : N.Oudghiri : Service d'Anesthésie Réanimation Maternité Souissi. Université Souissi Mohamed V. CHU, Rabat - Salé Maroc
Email : nezhaoudghiri@yahoo.fr

Introduction

La grossesse abdominale se définit comme la nidation et le développement de l'œuf fécondé dans la cavité péritonéale. Elle survient dans la majorité des cas dans les pays sous-développés où la médicalisation est encore insuffisante [1]. La découverte peropératoire, estimée aux alentours de 50% [2], peut être grevée d'une importante mortalité et morbidité périnatale et ainsi qu'une mortalité maternelle de 5,2% [2].

Nous rapportons le cas d'une parturiente de 42 ans, à terme chez qui la grossesse abdominale a été fortuitement découverte lors d'une césarienne pour souffrance fœtale aigue et pour qui, l'adhésiolyse placentaire a été laborieuse. La prise en charge opératoire sera revue dans la littérature.

Observation

Patiente âgée de 42 ans, troisième geste troisième pare, sans antécédents pathologiques particuliers, admise pour douleurs abdominales sur une grossesse de 39 semaines d'aménorrhées. L'examen à l'admission montrait une patiente consciente, la pression artérielle à 130/80 mmHg, la fréquence cardiaque était à 90 battements par minute (bpm), la fréquence respiratoire à 20 cycles par minute. A l'examen obstétrical la hauteur utérine était difficile à apprécier vu les douleurs abdominales diffuses, les bruits cardiaques étaient perçus à 80 bpm. Le col était fermé et postérieur et la présentation était inaccessible. L'échographie obstétricale a montré une grossesse monofoetale évolutive à terme avec une bradycardie sévère et une présentation transverse. Devant ce tableau de souffrance fœtale aigue, une indication de césarienne en urgence a été posée. À l'ouverture du péritoine il y a eu l'issue d'un liquide amniotique en purée de pois avec découverte d'une grossesse abdominale. Le nouveau-né extrait était de sexe masculin, avec un Apgar à 2/10^{ème} et pesant 2400g. Le bébé a été intubé et ventilé puis admis en réanimation néonatale où il est décédé deux heures après. Le placenta était adhérent à l'épiploon, au sigmoïde et à la trompe droite, l'adhésiolyse était laborieuse libérant les membranes contenant le placenta difficilement

extirpable. Après 20 minutes de l'extraction, la patiente a présenté une hypotension artérielle à 80/40mmHg et une tachycardie à 130 battements par minute avec saignement au niveau des zones d'insertion placentaire. La prise en charge anesthésique a consisté en un remplissage par 1 l de sérum salé, et l'administration d'1 g d'exacyl. La gazométrie artérielle montrait une acidose lactique avec un pH à 7,30 ; les lactates à 3,7 mmol/l, pCO₂ = 27 mmhg, pO₂ = 150 mmhg, une hémoglobine à 6,8 g/dl. Après l'hémostase chirurgicale, la transfusion a été faite par 4 culots globulaires et 4 plasmas frais congelés. Le saignement a été calculé à 30% de la masse sanguine. L'hémoglobine après transfusion était à 10,7g/dl, les plaquettes à 145000 /mm, et le TP à 80%. La patiente a séjourné trois jours à l'hôpital puis sortie le quatrième jour.

Discussion

C'est une pathologie rare, sa fréquence varie en Afrique de 0,009 % au Maroc à 0,152 % au Nigeria [3, 4, 5-6]. En Occident, elle est encore plus rare car sa fréquence varie de 0,014 % à 0,006 % [7]. Elle est plus fréquente dans les pays en voie de développement [8]. On distingue la grossesse abdominale précoce de la grossesse abdominale avancée diagnostiquée après 20 semaines d'aménorrhée [9]. Plusieurs facteurs favorisant pourraient expliquer la forte prévalence de cette pathologie dans les pays en voie de développement [5-8]. D'après Beddock et al. [10], il s'agirait des séquelles d'infections tubaires, de celles des avortements souvent septiques avec manoeuvres endo-utérines et de la qualité peu rigoureuse de suivi des grossesses. Il est décrit d'autres facteurs de risque de grossesse abdominale dans la littérature à savoir la fécondation in vitro, la cicatrice utérine et le dispositif intra-utérin [11]. Le diagnostic clinique est souvent difficile mais un groupe de signes peuvent orienter le diagnostic à savoir un épisode algique abdomino-pelvien paroxystique en début de grossesse suivi d'un fond douloureux d'évolution, chronique inexplicé, la persistance des nausées et vomissements, des métrorragies, une anémie contrastant avec le caractère modeste des métrorragies. Le diagnostic est

parfois porté lors de la prise en charge d'un hémopéritoine massif sur grossesse méconnue [12]. On recherche à l'examen clinique une impression de fœtus « moulé » par la paroi abdominale ou, à l'inverse, des contours « utérins » mal limités. La douleur à la palpation avec réaction pariétale peut parfois laisser croire à un utérus contractile. Au toucher vaginal, le col est volontiers rétrosymphysaire. La palpation de l'utérus vide est difficile. Sur le plan fœtal, la découverte d'un oligoamnios, d'une diminution des mouvements actifs fœtaux, d'une mort fœtale in utero inexpliquée, de mouvement actif fœtal douloureux, d'un retard de croissance intra-utérin inexpliqué, d'une présentation transverse permanente doivent faire évoquer le diagnostic.

L'échographie occupe une place importante dans le diagnostic de la grossesse abdominale. Dans les pays développés où l'imagerie par résonnance magnétique peut être réalisée assez facilement, le diagnostic est plus aisé. Cet examen retrouve un utérus vide, un fœtus dans la cavité abdominale non circonscrit par du tissu myométrial, une présentation fréquemment transverse, un oligoamnios [12]. Dans les pays en développement l'échographie constitue le pilier du diagnostic. Dans notre observation, l'échographie n'a pu être réalisée qu'à l'hôpital, et non lors des consultations prénatales. Cependant, le bilan fœtal échographique est souvent difficile compte tenu de la fréquence de l'oligoamnios qui gêne l'examen morphologique [12]. La classification des grossesses abdominales en primitive et secondaire est purement didactique et n'a aucune influence sur la prise en charge diagnostique ou thérapeutique [11]. La prise en charge d'une grossesse abdominale varie selon le terme et nécessite une équipe multidisciplinaire. La découverte avant

20SA nécessite une interruption médicale de grossesse et déroger à cette attitude, doit rester exceptionnel selon Beddok et al [10]. Après 20SA, un suivi rapproché, avec hospitalisation dans une structure adaptée est nécessaire jusqu'à accouchement [5]. La principale difficulté lors de l'extraction réside dans l'exérèse placentaire à haut risque hémorragique [13]. Il est recommandé de laisser le placenta in situ après ligature proximale du cordon. La résorption spontanée du placenta sera surveillée par échographie doppler et dosage de Beta-HCG [14]. Dans notre cas, la décision d'exérèse placentaire a été prise et a été responsable d'une perte sanguine calculée à 30%. Rahman et al [15] ont proposé l'utilisation du méthotrexate pour accélérer la résorption du placenta mais serait responsable d'infection par nécrose placentaire. Les techniques de radiologie interventionnelle ont été proposées pour emboliser les pédicules afférents du placenta en pré ou postopératoire lorsque celui-ci n'a pu être retiré en totalité. Quant au pronostic maternel et fœtal de la grossesse abdominale, celui-ci a été amélioré par les progrès de l'anesthésie-réanimation autrefois redoutable surtout en milieu défavorisé et sous-équipé.

Conclusion

La grossesse abdominale est une pathologie rare encore rencontrée dans les pays où la médicalisation est insuffisante. Elle pose un problème de diagnostic et de sa prise en charge. Le contrôle et le traitement des affections génitales de la femme, ainsi que le diagnostic et la surveillance systématique et régulière de cette grossesse, rendent cette forme de grossesse exceptionnelle dans les pays sous-industrialisés.

Références

- 1- Rabarrijaona H. Z, Rarakotovao J. P, Rakotorahalahy M. J. M, and Randriamlarana J. M. La grossesse abdominale. *Med Afr Noire*, 47 (2000), 460–463.
- 2- Astrash HK, Friede A, Hogue CJR. Abdominal pregnancy in the United States: frequency and maternal morbidity. *Obstet Gynecol* 1987; 69:333-7.
- 3- 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.
- 4- Alami A, Yousfi MM, Amaoui M, Elamrani S. Grossesse abdominale à propos de quatre cas. *Maroc Med* 2002; 24:177-81.
- 5- Arous F, Ettayebi Z, Benalla M, Belkacem H, Khabouze S, Hanchi Z, Ferhati D, Baydada A, Kharbach A, Chaoui A. La grossesse abdominale à propos de trois cas. *Méd du Maghreb* 2007 ; 148 :19-23
- 6- Adjahoto EO, Attignon A, Kodonou AKS. Grossesse abdominale. Etude d'une série de onze cas. *Rev Med Suisse Romande* 2002; 122:39-42.
- 7- Hainaut F, Mayenga JM. Grossesse abdominale tardive. À propos d'un cas. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1991; 86:522-8.
- 8- Kharbach A, Bouchikhi C, Chaoui A. La grossesse abdominale à terme avec fœtus vivant. *Méd du Maghreb* 2005 juin ; 127 :23-32
- 9- J. Martin Jr, Sessums J, Martin R, Pryor J, and Morrisson J. Abdominal pregnancy: current concepts of management. *Obstet Gynecol*, 71 (1988), 549–557.
- 10- 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.
- 11- Fisch B, Peced Y, Kaplan B, Zehavi S, Neri A. Abdominal pregnancy following in vitro fertilization in a patient with previous bilateral salpingectomy. *Obstet Gynecol* 1996; 88:642-3.
- 12- Mahi M, Boumdin H, Chaouir S, Salaheddine T, Attioui D, Amil T, et al. Un nouveau cas de grossesse abdominale. *J Radiol*, 83 (2002), 989–992.
- 13- Hichour K, Elalami A, Fahimi A, Filali A, Chraïbi C, Alaoui MY.T. La grossesse ectopique abdominale à propos d'un cas. *Méd du Maghreb* 2011 juin ; 187 :42-46.
- 14- Bajo JM, Garcia-Frutos A, Huertas MA. Sonographic follow-up of a placenta left in situ after delivery of the fetus in an abdominal pregnancy. *Ultrasound in obstetric and gynecol* 1996 Apr; 7(4): 285-8.
- 15- Rahman MS, Al-Suleiman SA, Rahman J, Al-Sibai MH. Advanced abdominal pregnancy--observations in 10 cases. *Obstet Gynecol*. 1982 Mar; 59(3): 366-72.