

**UNE GROSSESSE HÉTÉROTOPIQUE SPONTANÉE AVEC UN ENFANT VIVANT NÉ
À 34 SEMAINES D'AMÉNORRHÉE: A PROPOS D'UN CAS**
 (ABOUT ONE CASE OF HETEROTOPIC PREGNANCY WITH DELIIVERY
 AT 34 WEEKS OF GESTATION)

RAZAFINDRAIBE AF¹, RAFAMANTANANTSOA S¹, RAKOTOARISOA E¹,
 FENOMANANA MS¹, RANDRIAMBELOMANANA JA²

¹: CHU– Gynécologie-Obstétrique de Befelatanana. Antananarivo

²: Faculté de Médecine d'Antananarivo

RESUME:

Nous rapportons le cas d'une femme de 21 ans, nullipare, venue en consultation en urgence pour douleur pelvienne aiguë à 8SA. L'état général était stable et l'échographie pelvienne révélait une grossesse intra-utérine unique évolutive, associée à une grossesse extra-utérine rompue. Une salpingectomie droite a été réalisée en urgence. La grossesse intra- utérine évoluait normalement et la patiente a accouché à 34SA par césarienne d'une fille pesant 1790grammes.

Mots-clés: ectopique, extra-utérine, grossesse, hétérotopique.

SUMMARY:

We report here a case of an 21 years-old woman , nulliparous, seen at emergency consultation for acute pelvic pain at 8 weeks of gestation. Physical examination was normal and ultrasonography showed intrauterine pregnancy associated with a ruptured ectopic pregnancy. Salpingectomy was performed. Intrauterine pregnancy was still evolutive and the women delivered at 34 weeks by cesarean section.

Keywords: ectopic, extra-uterine, pregnancy, heterotopic,

INTRODUCTION :

Une grossesse hétérotopique est marquée par la présence simultanée de grossesse intra-utérine et de grossesse extra-utérine chez une même patiente; elle représente une situation rare, sa fréquence varie de 1/3000 à 1/30000 en cycle spontané mais elle est beaucoup plus fréquente avec la procréation médicale assistée [1,3,5,6]. Nous rapportons un cas de grossesse hétérotopique spontanée ayant abouti un enfant vivant à 34 semaines d'aménorrhée.

NOTRE OBSERVATION:

Madame A, âgée de 21 ans, G2P0, avec un antécédent de fausse couche précoce spontanée était venue en consultation aux urgences du CHU de Gynécologie Obstétrique de Befelatanana en juin 2014 pour une douleur pelvienne aiguë isolée sur 8 Semaines d'aménorrhée . L'examen à l'entrée avait noté un bon état hémodynamique, un abdomen douloureux avec défense au niveau de la région pelvienne et un cri de Douglas sans métorragie. Le dosage de β -hCG plasmatique était positif. L'échographie pelvienne trans-abdominale réalisée en urgence montrait une grossesse intra-utérine unique évolutive correspondant à l'âge gestationnel selon la date de dernière règle, associée à une masse latéro-utérine contenant un sac gestationnel embryonné sans activité cardiaque visible et un épanchement de moyenne abondance dans le cul de sac de Douglas (figure 1). Le diagnostic d'une grossesse ectopique rompue était posé. Devant ce tableau clinique et échographique; une laparotomie en urgence était réalisée permettant de découvrir

une grossesse ampullaire gauche rompue avec un hémopéritoine de 500ml. Une salpingéctomie totale gauche a été effectuée. Les suites post-opératoires étaient sans particularités. La patiente avait bénéficié d'une cure de progestérone pendant un mois. La grossesse de la grossesse intra- utérine était évolutive et sans particularités. L'échographie du troisième trimestre montrait un fœtus de taille normale et un placenta praevia recouvrant. On a réalisé une césarienne en urgence à cause d'un accident hémorragique à 34SA . L'intervention réalisée permettait d'extraire un bébé de sexe féminin né vigoureux et pesant 1790g avec Apgar 10 à la naissance sans signe de malforma-



Figure 1: image echographique montrant une grossesse intra-utérine de 8 SA (A) et une grossesse ectopique (B)
 Ultrasonography images showing an intra-uterine pregnancy (A) and another ectopic pregnancy (B)

Correspondance: Docteur Rafamantanantsoa Sambatra
 CHU gynécologie –obstétrique Befelatanana Antananarivo
 e-mail: rafamantanantsoasambatra@yahoo.fr

tion. Les suites opératoires et l'issu néonatal étaient favorables.

DISCUSSION:

La fréquence de la grossesse hétérotopique est variable. Elle reste rare s'il s'agit de grossesse non induite ou grossesse spontanée allant de 1/3000 (1) à 1/30000 [5-6]. Cette fréquence est en augmentation ces dernières années avec la procréation médicalement assistée (PMA) en particulier en cas d'utilisation des inducteurs de l'ovulation [3,7].

Les facteurs de risques de grossesse hétérotopique sont similaires aux facteurs de risque de grossesse extra-utérine, dont le seul retrouvé chez notre patiente est l'antécédent de fausse couche.

La symptomatologie clinique est variable selon le cas. Les douleurs et les saignements génitaux classiquement présents peuvent être des signes trompeurs en simulant une menace de fausse couche ou une fausse couche en cours hémorragique [8]. Le diagnostic est alors difficile si le tableau clinique de menace d'avortement ou tableau d'avortement en cours passe au premier plan. Pourtant le diagnostic est posé facilement avec une échographie réalisée en urgence ; devant les signes prédominant de la GEU et surtout devant les signes de complication comme les collapsus cardio-vasculaires ou devant un hémopéritoine au premier trimestre de grossesse [4-5,8].

Le traitement de la GEU est dans la majorité des cas chirurgical surtout en cas d'inondation péritonéal ou en cas d'état de choc hémorragique [2]. Il est radical dans la plupart des cas par une salpingéctomie totale [2,5,9]. La cœlioscopie est la référence permettant la confirmation diagnostique et la réalisation du traitement en même temps, mais des cas de laparotomie aussi sont pratiquées largement surtout dans les centres hospitaliers peu équipés [5,8,9]. Le traitement médical par méthotrexate est réalisable quand la GIU est non évolutive en absence de contre-indication et si le diagnostic a été fait précocement [2,5,9]. Mais si la GIU est évolutive, il est préférable d'utiliser le chlorure de potassium par injection in-situ du fait des risques tératogènes du méthotrexate pour la grossesse restante [5,8,9].

L'évolution de la GIU dépend de la manipulation prudente de l'utérus en per-opératoire au cours du traitement de la GEU [9]. Des grossesses menées à terme après traitement de la GEU sont rapportés (67,7% et 64,4% de naissances d'enfant vivant d'après Tal et Diallo [3,5]. Cette évolution est bien évidemment liée aussi aux pathologies associées à la grossesse comme le placenta prævia, expliquant l'hypotrophie fœtale et la prématurité induite de notre cas. Le pronostic maternel est comparable à celui des grossesses extra-utérines simples, avec une mortalité inférieure à 1 % [6].

CONCLUSION :

La grossesse hétérotopique non induite est une pathologie du premier trimestre qui reste rare mais nécessitant un diagnostic précoce et une prise en charge urgente. L'échographie de pre-

mier trimestre avec examen minutieux des annexes pour toute grossesse permet le diagnostic précoce des grossesses hétérotopiques même en dehors des symptomatologies cliniques. La grossesse intra-utérine peut-être de pronostic favorable sous-réserve d'une surveillance rapprochée.

RÉFÉRENCES

- [1] Habana A, Dokras A, Giraldo JL, Jones E. Cornual heterotopic pregnancy: contemporary management options. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182 : 1264.
- [2] Rabarikoto HF, Randriamahavonjy R, Rabetsimamanga IAZ, Tovone TMM, Andrianampanalinarivo HR. Deux cas de grossesses hétérotopiques spontanées au Centre Hospitalier de Soavinandriana Antananarivo. *Revue d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'Urgence* 2010; 2(2) : 21-24.
- [3] Tal J, Haddad S, Gordon N, Timor-Trtsch I. Heterotopic pregnancy after ovulation induction and assisted reproductive technologies: a literature review from 1971 to 1993. *Fertil Steril* 1996;66: 1-12
- [4] Houze D, Bernard V, Corette L. Grossesses géminaires ectopiques. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1988; 17 : 89-96.
- [5] Diallo D, Aubard D, Piver P, Baudet JH. Grossesse hétérotopique: à propos de 5 cas et revue de la littérature. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2000; 29 : 131-141.
- [6] Ngaroua D, Neossi NM, Amvene JM. Heterotopic pregnancy as revealed by a delayed and stopped left ampulla pregnancy: a case study at the regional hospital of Ngaoundere-Cameroon. *Health Sci Dis* 2013;4:1-3.
- [7] Greingor JL, Lazarus S, hayek G, Assedat M, Polo M. La grossesse extra-utérine : on n'y pense jamais assez. *JEUR* 2006; 19: 69-70.
- [8] Montilla F, Amar P, Boyer S, Karoubi R, Diquelou Y. Grossesse hétérotopique : à propos d'un cas avec un tableau clinique rare. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2007;36:302-305.
- [9] Traore Y, Teguede I, Mulbah JK et al. Association grossesse extra uterine et intra uterine : à propos de 3 cas. *Mali Médical* 2006;4:35-38.