

CAS CLINIQUE D'UNE RUPTURE DE GROSSESSE EXTRA - UTERINE INTERSTITIELLE DE DIAGNOSTIC DIFFICILE

C. GUEYE, A.B. NIANG, N.A. FAYE, M. OLYMPIO

RESUME

Une grossesse interstitielle est une grossesse extra utérine située dans le segment intra mural proximal de la trompe de Fallope traversant le myomètre. Ce type de grossesse extra-utérine est relativement rare et pose un défi diagnostique qui est presque toujours basé sur la laparoscopie. Le risque de rupture avec une hémorragie grave reste élevé, surtout lorsque le diagnostic est tardif. Nous rapportons un cas de grossesse interstitielle gauche rompue où il a fallu trois échographies par voie transpariétale avant de se rapprocher du diagnostic qui a été confirmé par laparotomie.

Ce cas illustre la difficulté diagnostique de cette forme de grossesse ectopique et son issu souvent fatale en cas d'évolution et de diagnostic tardif.

Mots-clés : Grossesse extra-utérine interstitielle ; Diagnostic ; Echographie transvaginale.

SUMMARY

Clinical case of ruptured interstitial ectopic pregnancy of difficult diagnosis.

An interstitial pregnancy is an extra uterine pregnancy located in the proximal intra mural segment of the fallopian tube crossing the myometrium. This type of ectopic pregnancy is relatively rare and poses a diagnostic challenge that is almost always based on laparoscopy. The risk of rupture with severe haemorrhage remains high, especially when the diagnosis is made late.

We report a case of ruptured left interstitial pregnancy in which it took three transparietal ultrasounds before the diagnosis was confirmed by laparotomy. This case illustrates the diagnostic difficulty of this form of ectopic pregnancy and its often fatal outcome in the event of late evolution and diagnosis.

Keywords: Interstitial ectopic pregnancy; Diagnosis; Transvaginal ultrasound.

INTRODUCTION

Une grossesse extra-utérine (GEU) se développe lorsqu'un embryon s'implante en dehors de la cavité utérine. Les termes de GEU cornuelle et interstitielle ont été toujours utilisés de manière interchangeable [1]. Dans la littérature, la vraie grossesse cornuelle est située dans la corne rudimentaire de l'utérus unicorne ou la corne rudimentaire d'un utérus septé ou bicorne [2]. La grossesse interstitielle est une localisation bien plus rare, représentant 2,4 % des GEU. Elle est caractérisée par une GEU se développant à la jonction de l'utérus et de l'ouverture de la trompe de Fallope. Son diagnostic peut être difficile et la portion interstitielle de la trompe de Fallope richement vascularisée peut se rompre tardivement du fait de sa capacité à se dilater, ce qui entraîne souvent une hémorragie importante [3].

I. OBSERVATION

Il s'agissait d'une patiente de 30 ans 3G2P avec 2 enfants vivants, sans antécédent particulier notamment chirurgical, reçue au service de

radiologie pour une échographie abdominale devant une douleur abdomino-pelvienne sur une grossesse évolutive de 13 semaines d'aménorrhées (SA). A son arrivée aux urgences, la patiente présentait un état hémodynamique stable avec une TA à 10/06 cmHg et une fréquence cardiaque à 85 battements par minute. A l'examen on notait une anémie clinique, une défense de la région ombilicale et de la fosse iliaque gauche. Le toucher vaginal avait montré un col postérieur, souple, long fermé et un doigtier souillé de sang noirâtre minime. Une échographie obstétricale a conclu à une grossesse mono fœtale intra utérine évolutive de 13 SA et une autre échographie abdominale a conclu à un aspect en faveur d'une péritonite appendiculaire. Du fait de l'anémie persistante malgré la transfusion sanguine de 3 poches, une 3e échographie est réalisée. Elle a montré un hémopéritoine de moyenne abondance en péri-hépatosplénique et en latéro-utérine bilatérale estimée à environ 1000 cc (figure 1A). Le sac gestationnel semblait intra-utérin fundique et contenait un fœtus de 13 SA avec une activité cardiaque régulière et des mouvements spontanés (figure 1B).

Tirés à part : Coumba GUEYE, Service de radiologie, Hôpital Abdoul Aziz SY, Tivaouane, Sénégal.
E-mail : mcoumbag@hotmail.com

GUEYE C., NIANG A.B., FAYE N.A., OLYMPIO M. Cas clinique d'une rupture de grossesse extra-utérine interstitielle de diagnostic difficile. Journal de la SAGO, vol.26, n°3, p 74-77.

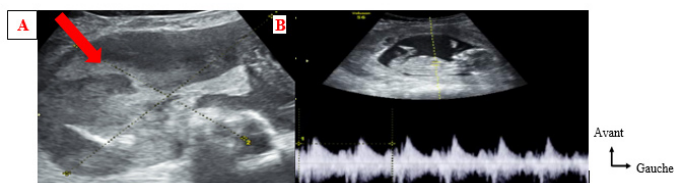


Figure 1 : Images échographiques abdominales montrant un hémopéritoine péri hépatique et pelvien de moyenne abondance (A) et un sac gestationnel contenant un fœtus de 13 SA avec activité cardiaque régulière (B)

Le mode Doppler couleur a montré un anneau de vaisseaux autour du sac gestationnel (figure 2A) et le diagnostic d'hémopéritoine d'origine gynécologique a été posé devant la collection sanguine péritonéale abdominale et latéro utérine bilatérale et l'aspect fissuré du myomètre à la base de l'utérus latéralisé à gauche (figure 2B).

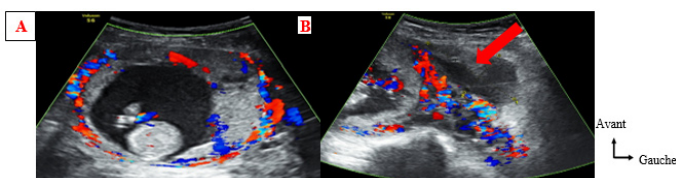


Figure 2 : Images échographiques transvaginales montrant en Doppler couleur une couronne de vaisseaux autour du sac gestationnel (A) et la fissuration utérine (B) (flèche rouge)

Une échographie transvaginale n'a pas été effectuée dans ce contexte d'urgence et de grossesse mono fœtale intra utérine déjà affirmée sur les deux premières échographies.

Une laparotomie exploratrice est effectuée en urgence après une transfusion sanguine. Elle a révélé un épanchement sanguin de grande abondance (2L) dans la cavité abdomino-pelvienne. Elle a montré également un utérus ouvert à travers son dôme et à la base de la trompe gauche, un caillot recouvrant un sac amniotique contenant un fœtus bougeant relié à son placenta sans une continuité évidente avec la cavité utérine et un saignement actif à sa base (figure 3).

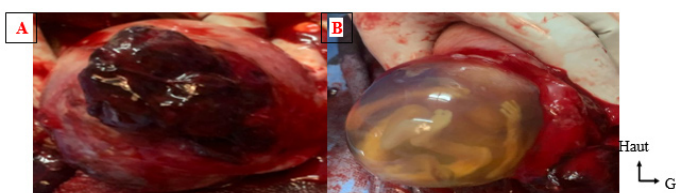


Figure 3 : Images per opératoires du caillot de sang (A) recouvrant le sac amniotique contenant un fœtus (B)

Les annexes étaient sans particularité. Une extraction du sac contenant le fœtus et un avivement du lit sacculaire ont été réalisés avec une hémostase par un surjet après une excision des berges (figure 4) et une pose de deux redons passifs. Les suites opératoires étaient simples.

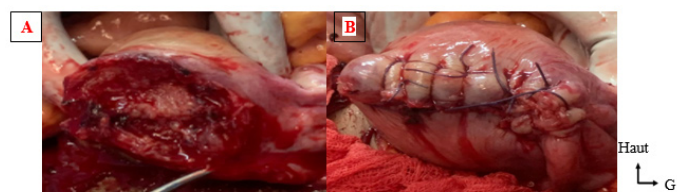


Figure 4 : Images per opératoires du dôme utérin après extraction et avivement du lit sacculaire (A) et réparation après excision des berges (B)

II. DISCUSSION

Longtemps, les grossesses interstitielles étaient qualifiées de grossesses cornuelles même si depuis 1983 Jansen et al ont établi que la grossesse « cornuelle » désigne une implantation intra-utérine dans un utérus anormal unicorne, bicorne ou septé alors qu'une implantation périphérique trophoblastique dans un utérus normal correspond plutôt à une grossesse « interstitielle » ou « angulaire » [4]. L'absence de consensus sur les caractéristiques échographiques spécifiques de ces trois entités conduit à des échanges inappropriés entre elles dans la littérature. Néanmoins, la récente recommandation 2020 de l'ESHRE vise à normaliser la terminologie pour décrire l'implantation du site embryonnaire [5]. Ces dernières années, le nombre de GEU situées en dehors de la cavité utérine, mais à l'intérieur des limites de l'utérus, comme les grossesses sur cicatrice de césarienne, les grossesses cervicales, les grossesses intra murales et les grossesses interstitielles, a considérablement augmenté. La localisation interstitielle est rare et correspond à l'implantation de l'embryon dans la partie intra murale de la trompe utérine [6].

Cet article présente un cas clinique d'une GEU interstitielle gauche diagnostiquée à 13 SA au stade de rupture car prise à tort au décours de 2 échographies trans abdominales pour une péritonite d'origine appendiculaire associée à une grossesse intra-utérine. Le diagnostic de grossesse interstitielle est souvent manqué à l'échographie transvaginales qui retrouve très souvent un sac gestationnel d'allure intra-utérine comme dans notre cas mais également dans plusieurs études [7]. Un « signe de la ligne interstitielle » échographique proposé s'étendant de la région supérieure de la corne utérine jusqu'à la bordure de la partie intra murale de la trompe de Fallope a été décrit avec une spécificité élevée mais une faible sensibilité [7].

Nous n'avons pas visualisé ce signe mais plutôt une image Doppler couleur montrant un anneau de vaisseaux autour du sac gestationnel décrit également par Baltarowich [1]. Cependant, les critères diagnostiques se décrivent sur les résultats échographiques trans vaginaux d'une cavité utérine vide, d'un sac chorionique vu séparément à plus d'un centimètre du bord le plus latéral de la cavité utérine et d'une fine couche myométriale entourant le sac gestationnel [7].

En raison de la sensibilité et de la spécificité particulièrement faibles des symptômes, la grossesse interstitielle pose l'un des plus grands défis diagnostiques et thérapeutiques de la gynécologie moderne. Les symptômes, notamment les douleurs pelviennes, abdominales ou thoraciques, les saignements vaginaux, les saignements intra-abdominaux, le choc hypovolémique ou la rupture utérine ne se manifestent qu'après 12 semaines de gestation dans plus de 20 % des cas et sont aspécifiques [7].

Dans notre cas, la patiente présentait une grossesse estimée à 13 semaines d'aménorrhée.

En effet, comme le sac gestationnel paraît fundique intra-utérin, le diagnostic est souvent tardif au stade de rupture et engage ainsi le pronostic vital de la femme devant un tableau d'hémopéritoine de survenue brutale comme dans d'autres cas rapportés [8].

L'échographie endovaginale couplée au dosage plasmatique de la BHCG devrait permettre un diagnostic précoce [9].

Il est important également de souligner l'importance des renseignements cliniques pour orienter l'échographiste. En effet, la patiente a été reçue au service d'imagerie médicale pour une douleur abdomino-pelvienne, sans aucun renseignement clinique sur une anémie biologique ni une notion de métrorragie et chez qui une grossesse intra-utérine a été évoquée par deux échographistes. La grossesse interstitielle étant difficile à détecter à un stade précoce par une échographie transpariétale. Les symptômes de cette affection étant aspécifiques et le fait que cette localisation soit associée à un risque plus élevé d'hémorragie doit toujours faire penser à une grossesse extra-utérine chez toute patiente présentant des saignements vaginaux ou des douleurs abdominales basses lors d'une échographie du 1er trimestre [10].

Bien que la plupart des femmes atteintes de grossesse extra-utérine ne présentent pas de facteur de risque évident de GEU comme dans notre cas, les patientes ayant des antécédents d'infections sexuellement

transmissibles, de maladie inflammatoire pelvienne, d'endométriose, de GEU ou une intervention chirurgicale des trompes présentent un risque accru de grossesse ectopique. D'autres facteurs peuvent augmenter la probabilité d'une GEU, notamment l'âge de plus de 35 ans, le tabagisme, les antécédents d'infertilité et le recours à des traitements de fertilité comme la fécondation in vitro [10]. Chez notre patiente âgée de 30 ans, nous n'avons pas relevé d'antécédent médico-chirurgical significatif, de facteur de risque ni d'infection gynécologique antérieure.

Le choix thérapeutique des grossesses interstitielles est guidé principalement par le tableau clinique et est traditionnellement chirurgical et peut inclure une hystérectomie ou une résection cornéenne par laparotomie ou laparoscopie [7]. Dans notre cas, la décision d'une chirurgie laparotomique a été prise sur la base de l'hémopéritoine de moyenne abondance à l'échographie et des symptômes clinico-biologiques. Lorsque le diagnostic est fait avant le stade de rupture, un traitement médical et une chirurgie laparoscopique permettent une préservation tubaire avec une possibilité de fertilité future.

Généralement, la trompe de Fallope entière est retirée afin de réduire le risque de récurrence même s'il n'existe aucun traitement spécifique permettant de prévenir une GEU. Slaoui et al ont publié en 2022 un cas de récurrence de GEU interstitielle survenue trois années après une salpingectomie gauche pour une rupture de grossesse extra utérine tubaire [6]. Malgré la fissuration utérine chez notre patiente, le chirurgien a pu faire un traitement conservateur sans salpingectomie. Elle n'a pas présenté de complication post opératoire et a pu rentrer chez elle à J6 post opératoire.

Dans tous les cas, les patientes ayant déjà eu une grossesse extra-utérine doivent consulter dès le début de leur prochaine grossesse comme conseiller à la nôtre qui devra faire une contraception et être étroitement surveillée lors d'une grossesse ultérieure car en plus d'un antécédent de GEU, la chirurgie utérine elle-même constitue un facteur prédisposant de grossesse ectopique [11].

CONCLUSION

Les grossesses extra-utérines interstitielles anciennement synonymes de grossesses cornuelles sont une entité rare. Notre cas souligne la difficulté de ce diagnostic à l'échographie d'autant plus si la grossesse est un peu évoluée. Cette difficulté mène souvent à un retard diagnostic avec risque de complication à type de rupture utérine pouvant mener à un issu fatal.

Son diagnostic est souvent pris à défaut à l'échographie transpéritonéale. Ainsi l'échographie endovaginale couplée au dosage des β HCG plasmatiques doit être réalisée devant toute patiente jeune reçue pour une métrorragie ou qui présente un hémopéritoine à l'échographie abdominale.

Conflit d'intérêt : Aucun.

RÉFÉRENCES

1. **Baltarowich OH.** The Term «Cornual Pregnancy» Should Be Abandoned. *J Ultrasound Med.* 2017 Jun;36(6):1081-1087. doi: 10.1002/jum.14207.
2. **Biffi A, Damiani GR, Pellegri AM, Quartucci A, Di Gennaro D, Boca GD.** Cornual Pregnancy. *J Minim Invasive Gynecol.* 2022 Mar;29(3):327-328. doi: 10.1016/j.jmig.2021.11.004.
3. **Murtaza L, Sajida P, Allyzain I, Sunil S, Munawar K, Shweta J.** Interstitial ectopic pregnancy, a rare clinical phenomenon diagnosed asymptotically on routine work up in Tanzania: Case report, *International Journal of Surgery Case Reports*, Volume 126, 2025, 110688, ISSN 2210-2612, <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2024.110688>.
4. **Jansen R, Elliott P.** Angular and interstitial pregnancies should not be called 'cornual'. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 1983 May;23(2):123-4. doi: 10.1111/j.1479-828x.1983.tb00180.x. PMID: 6578777.
5. **Groupe de travail de l'ESHRE sur les grossesses extra-utérines, Kirk E, Ankum P, Jakab A, Le Clef N, Ludwin A, Small R, Telling T, Töyli M et al.** (2020) Terminologie pour décrire les grossesses extra-utérines et les grossesses normales à l'échographie: recommandations de l'ESHRE pour les bonnes pratiques. *Hum Reprod Open.* 2020(4): hoaa055, <https://doi.org/10.1093/hropen/hoaa055>.
6. **Slaoui A, Slaoui A, Zerai N, Lakhdar A, Kharbach A, Baydada A.** Interstitial pregnancy is one of the most serious and uncommon ectopic pregnancies: Case report. *Int J Surg Case Rep.* 2022 Jun; 95:107195. doi: 10.1016/j.ijscr.2022.107195.
7. **Dagar M, Srivastava M, Ganguli I, et al.** Grossesse extra-utérine interstitielle et cornuale : prise en charge chirurgicale et médicale conservatrice. *J Obstet Gynaecol India.* 2018 ; 68(6) : 471–6. doi : 10.1007/s13224-017-1078-0.
8. **N'Goran Kouame, Anne-Marie N'Goan-Domoua, Roger-Daniel N'Gbesso, Abdulkader Keita.** Grossesse cornuale : une entité rare de grossesse extra-utérine, *Imagerie de la Femme*, Volume 21, Issue 2, 2011, Pages 68-71, ISSN 1776-9817, <https://doi.org/10.1016/j.femme.2011.02.001>.
9. **Lakraimi, K., Sali, M., Fakhir, B., Aboufallah, A., Asmouki, H., Harou, K., Bassir, A. et Soummami, A.** (2024) Grossesse cornuale extra-utérine : rapport de cas. *Journal ouvert d'obstétrique et de gynécologie*, 14, 847-854. 10.4236/ojog.2024.145068.
10. **Hendriks E, Rosenberg R, Prine L.** Ectopic Pregnancy: Diagnosis and Management. *Am Fam Physician.* 2020 May 15;101(10):599-606. PMID: 32412215.
11. **Marchand G., Masoud A.T., A. Galitsky A., Azadi A., Ware K., J. Vallejo, S. Anderson, A. King, S. Ruther, G. Brazil, K. Cieminski, et al.,** Management of interstitial pregnancy in the era of laparoscopy: a meta-analysis of 855 case studies compared with traditional techniques, *Obstet. Gynecol. Sci.* 64 (2) (2021) 156–173.