

DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE DE LA GROSSESSE HÉTÉROTOPIQUE À PROPOS DE QUATRE CAS À L'HÔPITAL ABDOU AZIZ SY DABAKH DE TIVAOUANE (SENEGAL)

K.B.M. FALL, L. GUÈYE, A.M. WADE, A. SAMB, M. THIAM, M.L. Cissé

RESUME

Introduction : la grossesse hétérotopique (GH) est définie par la coexistence d'une grossesse intra-utérine (GIU) et d'une grossesse extra-utérine (GEU), quelle que soit sa localisation. Il s'agit d'une pathologie rare, mais dont la fréquence est en nette augmentation ces dernières années. Cette pathologie est souvent méconnue et pose un problème diagnostique qui peut entraver le pronostic vital de la femme. Le diagnostic est souvent retardé et sa prise en charge reste un challenge en raison de la nécessité de préserver la grossesse intra-utérine. Le but de ce travail est de préciser les aspects épidémiologiques et cliniques, les difficultés diagnostiques et thérapeutiques et d'évaluer le pronostic de la grossesse hétérotopique.

Observations : nous rapportons quatre cas de grossesse hétérotopique (GH) pris en charge au sein du service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Abdou Aziz Sy Dabakh de Tivaouane. Toutes les grossesses étaient naturelles. Le tableau clinique était celui d'un syndrome douloureux abdominal associé à un syndrome anémique ou à des vomissements gravidiques. L'échographie pelvienne a permis de poser le diagnostic de GH dans les quatre cas, dont deux grossesses intra-utérines (GIU) étaient évolutives, avec notamment une masse latéro-utérine associée à un hémopéritoine. Une salpingectomie a été réalisée pour les quatre patientes, dont une a bénéficié d'un abord coelioscopique. Un complément par aspiration intra-utérine a été réalisé chez les deux patientes dont la grossesse intra-utérine était arrêtée. Les suites opératoires étaient marquées par une anémie normochrome normocytaire chez les trois patientes, qui ont nécessité une transfusion sanguine. L'une des patientes a pu mener sa grossesse à terme et accoucher par voie basse. L'examen anatomopathologique des pièces opératoires confirmait une grossesse extra-utérine tubaire associée à un avortement.

Mots-clés : Grossesse hétérotopique ; Diagnostique ; Traitement ; Afrique.

SUMMARY

Diagnosis and management of heterotopic pregnancy. A report of four cases at the Abdou Aziz Sy Dabakh Hospital in Tivaouane (Senegal).

Introduction: Heterotopic pregnancy (HP) is defined by the coexistence of an intrauterine pregnancy (IUP) and an ectopic pregnancy (EP), whatever its location. It is a rare condition, but its frequency has increased significantly in recent years. This condition is often overlooked and poses a diagnostic problem that can be life-threatening for the woman. Diagnosis is often delayed and management remains challenging due to the need to preserve the intrauterine pregnancy. The aim of this study is to clarify the epidemiological and clinical aspects, diagnostic and therapeutic difficulties, and to assess the prognosis of heterotopic pregnancy.

Case series: We report four cases of heterotopic pregnancy (HP) treated in the gynecology and obstetrics department of the Abdou Aziz Sy Dabakh Hospital in Tivaouane. All pregnancies were natural. The clinical picture was that of abdominal pain associated with anemia or pregnancy-related vomiting. Pelvic ultrasound enabled the diagnosis of HP in all four cases, two of which were progressive intrauterine pregnancies (IUPS), with a lateral uterine mass associated with hemoperitoneum. Salpingectomy was performed on all four patients, one of whom underwent laparoscopic surgery. Intrauterine aspiration was performed in the two patients whose intrauterine pregnancies had been terminated. The postoperative course was marked by normochromic normocytic anemia in the three patients, who required blood transfusions. One of the patients was able to carry her pregnancy to term and give birth vaginally. Pathological examination of the surgical specimens confirmed an ectopic pregnancy in the fallopian tube associated with an abortion.

Keywords: Heterotopic pregnancy; Diagnosis; Treatment; Africa.

INTRODUCTION

La grossesse hétérotopique est définie par la coexistence d'une grossesse intra-utérine (GIU) et d'une grossesse extra-utérine (GEU), quelle que soit sa localisation. Il s'agit de grossesses gémellaires bi-ovulaires dont la nidation s'est réalisée en deux endroits différents, avec une des nidations se faisant

dans la cavité utérine. Son incidence est à la hausse avec l'utilisation d'agents inducteurs de l'ovulation et le développement des techniques de procréation médicalement assistée. Au Sénégal une étude réalisée à Dakar retrouvait un cas pour 36 GEU [1]. Il s'agit d'une pathologie souvent méconnue qui pose un problème diagnostique et qui peut entraver le pronostic vital de la femme. Le diagnostic est souvent

Tirés à part : Dr Khalifa Babacar Mansour FALL, Service de Gynécologie et Obstétrique de Hôpital Mame Abdou Aziz Sy Dabakh de Tivaouane – Thiès (Sénégal). Tel 00221774591003, Email : khalifafall74@gmail.com.

FALL K.B.M., GUÈYE L., WADE A.M., SAMBA., THIAM M., Cissé M.L. Diagnostic et prise en charge de la grossesse hétérotopique à propos de quatre cas à l'Hôpital Abdou Aziz Sy Dabakh de Tivaouane (Sénégal). Journal de la SAGO, vol.27, n°1, P 66-70.

retardé car les signes cliniques sont souvent rattachés à d'autres complications obstétricales notamment les vomissements gravidiques. L'échographie pelvienne est le principal examen paraclinique qui permet de poser le diagnostic d'une GH [1]. La prise en charge d'une GH est variable et dépend de plusieurs paramètres : le terme de découverte (pour un de nos cas, la découverte était faite au stade de grossesse abdominale nécessitant une laparotomie dans notre contexte) de la GH, sa localisation, la vitalité de la GIU et l'état hémodynamique de la patiente. Le pronostic dépend du stade auquel le diagnostic a été posé et de la précocité de la prise en charge néanmoins la majorité des GIU évolue favorablement après la prise en charge de la GEU.

I. OBSERVATIONS

Nous rapportons ici quatre cas de grossesses hétérotopiques diagnostiquées et prises en charge à la maternité de l'Hôpital Abdou Aziz SY Dabakh de Tivaouane et entre Janvier 2023 et Décembre 2023.

• Première observation

Il s'agissait d'une patiente de 31 ans deuxième geste, première pare sans antécédent pathologique, reçue pour aménorrhée secondaire de 2 mois. L'examen clinique était sans particularité. L'échographie de datation posait le diagnostic de GH avec deux embryons dotés chacun d'une activité cardiaque de 7SA et 2 jours (figure 1), l'une intra et l'autre extra-utérin.

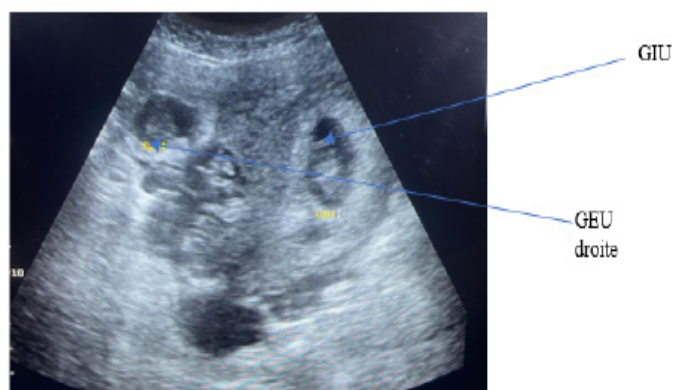


Figure 1 : Image échographique (GH Observation 1)

Une coelioscopie a été réalisée au Centre Hospitalier National de Pikine objectivant une grossesse isthmique droite rompue et une salpingectomie droite a été effectuée. Les suites opératoires étaient simples et la patiente a bénéficié d'un suivi régulier de la grossesse jusqu'à l'accouchement à 40SA+3 jours d'un nouveau-né de sexe masculin pesant 3000g avec un score d'Apgar à 9/10. Les suites de couches étaient sans particularité.

• Deuxième observation

Il s'agit d'une patiente de 24 ans primigeste sans antécédent particulier reçue pour douleurs pelviennes aiguës sur aménorrhée secondaire de 3 mois. L'examen physique retrouvait une pâleur des muqueuses et une sensibilité de la fosse iliaque gauche. A la biologie on diagnostiquait une anémie normochrome normocytaire à 6,8g/dl. L'échographie pelvienne montrait un épanchement péritonéal de grande abondance avec embryon intra utérin sans activité cardiaque et masse latéro-utérine (figure 2).

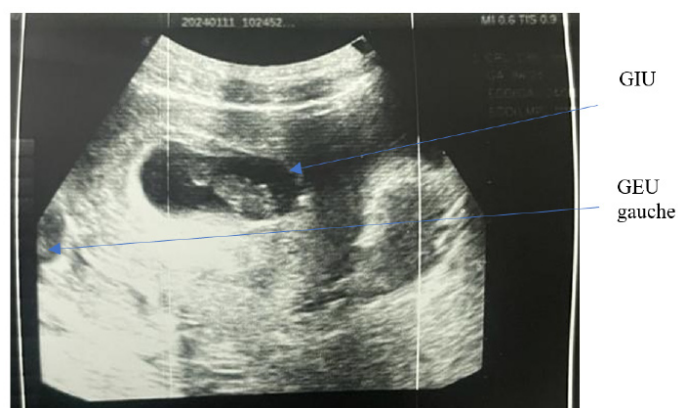


Figure 2 : Image échographique (GH Observation 2)

La laparotomie indiquée, retrouvait une GEU ampullaire gauche rompue, un utérus gravide, un hémopéritoine de 200cc (figure 3).

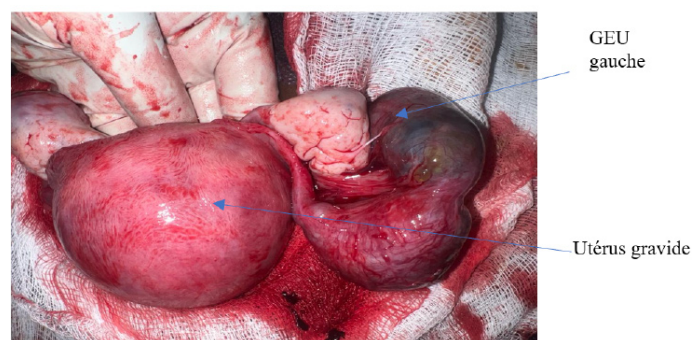


Figure 3 : Image per-opératoire (GH Observation 2)

Une salpingectomie gauche a été réalisée, puis une aspiration intra-utérine (figure 4).

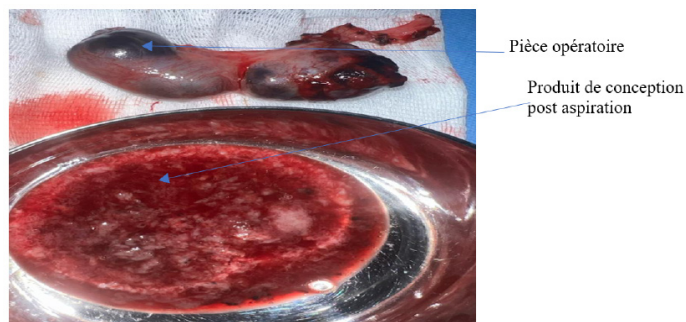


Figure 4 : Pièce opératoire et produit d'aspiration utérine (GH Observation 2)

Les suites opératoires étaient marquées par une anémie normochrome normocytaire et la patiente est rentrée 5 jours plus tard après une transfusion sanguine de 02 poches de sang.

L'examen anatomopathologique des pièces opératoires confirmait une grossesse extra-utérine tubaire associée à un avortement banal.

• Troisième observation

Il s'agit d'une patiente de 22 ans primigeste reçue pour des vomissements gravidiques avec une aménorrhée secondaire de 3 mois. Elle présentait une pâleur des muqueuses et une tachycardie à 136 pulsations/minutes. A la biologie, on retrouvait une anémie à 6,8g/dl avec un groupe sanguin O rhésus négatif. L'échographie pelvienne par voie vaginale montrait un sac gestationnel avec un embryon sans activité cardiaque de 10SA associé à une masse latéro-utérine droite et un hémopéritoine de faible abondance évoquant une grossesse extra-utérine (figure 5).

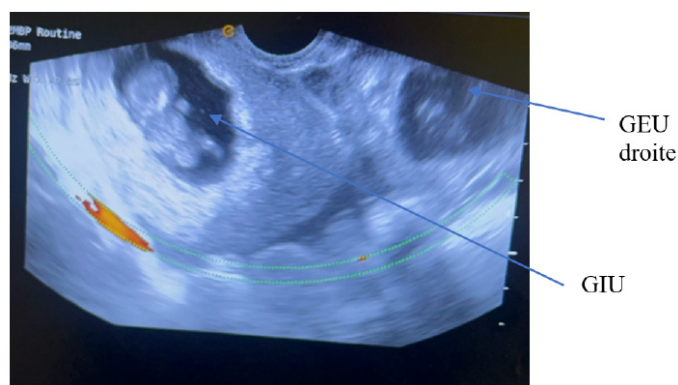


Figure 5 : Image échographique (GH Observation 3)

A la laparotomie, on objectivait un utérus gravide, un hémopéritoine de 150ml et une grossesse ampullaire droite rompue nécessitant une salpingectomie ; une aspiration intra-utérine a été réalisée par la suite. Les suites opératoires étaient dominées par une anémie sévère normochrome normocytaire nécessitant une transfusion sanguine de 02 poches et l'administration de sérum anti-D. La patiente sortait 4 jours après l'intervention. L'examen anatomopathologique des pièces opératoires confirmait une grossesse extra-utérine tubaire associée à un avortement banal.

• Quatrième observation

Patiente de 34 ans, référée pour une anémie sévère sur grossesse de 22SA ; elle présentait à l'examen physique une distension abdominale avec une hauteur utérine à 20 cm et une sensibilité abdominale diffuse avec hyperesthésie cutanée. L'hémogramme retrouvait un taux d'hémoglobine à 6g/dl; l'échographie objectivait une grossesse intra-utérine évolutive de 22SA associée à une grossesse abdominale arrêtée

avec un épanchement péritonéal.

Une laparotomie avait montré un utérus gravide, un fœtus dans la cavité abdominale, un placenta adhérent à la trompe gauche (figure 6) nécessitant une salpingectomie gauche. Une tocolyse avec beta2 mimétiques a été réalisée. Les suites opératoires étaient dominées par une anémie sévère normochrome normocytaire nécessitant une transfusion sanguine de 02 poches et la sortie autorisée au 7ème jour post opératoire. Elle sera perdue de vue lors du suivi prénatal.

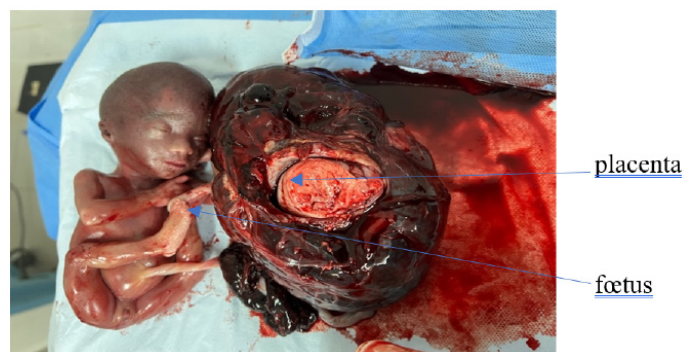


Figure 6 : Pièce opératoire de la grossesse abdominale (GH Observation 4)

II. DISCUSSION

1. Épidémiologie et facteurs de risque

La grossesse hétérotopique (GH) est une pathologie de survenue rare en cas de conception naturelle, de l'ordre de 1/30000 cas [2, 3]. La fréquence dans notre étude était de 1 cas de GH pour 813 accouchements. Bambara rapportait 1 cas pour 3142 accouchements au Burkina Faso en 2002 [4] et Niang au Sénégal [1] rapportait 1 cas pour 4168 accouchements en 2013. Cette fréquence a augmenté en raison de la recrudescence des infections génitales hautes et de l'avènement de la procréation médicalement assistée [5]. Dans notre série toutes les grossesses étaient spontanées et aucun facteur de risque n'était retrouvé. L'étude de Niang retrouvait une infection génitale à répétition dans 100% des cas [1]. Ben Temime [6] avait relevé plus de 50% de cas sous Citrate de Clomifène et un cas suite à une FIV. La fréquence des grossesses hétérotopiques serait sûrement sous-évaluée en raison de l'existence d'avortements spontanés confondus avec les métrorragies accompagnant les grossesses extra-utérines ou parfois l'interruption spontanée d'une GEU associée à une grossesse intra-utérine [7]. La population entre 20 et 35 ans est la plus exposée [2,8].

2. Diagnostic

La symptomatologie est multiple dominée par la triade douleur pelvienne, métrorragie et aménorrhée. Ces données sont retrouvées dans 100% des cas par Niang [1] et dans 57% par Ben Temime [6]. Parfois le tableau de fausse couche est au-devant de la scène masquant le tableau de GEU. Dans notre série, 2 patientes présentaient un tableau de fausse couche. Parfois les signes cliniques sont trompeurs surtout si GIU est visualisée à l'échographie. Dans ces cas, la GEU associée est suspectée au stade de rupture avec des signes d'hémopéritoine. Enfin la grossesse hétérotopique peut être totalement asymptomatique découverte de façon fortuite lors d'un examen échographique, comme c'était le cas chez une de nos patientes. Le dosage bêta-HCG plasmatique n'a pas d'intérêt particulier car la cinétique va suivre celle d'une GIU évolutive. L'échographie pelvienne est le 1er outil diagnostic mais il ne faut pas se limiter à la visualisation d'un sac gestationnel intra-utérin. Une exploration systématique des annexes doit être effectuée. Dans notre série l'échographie a confirmé le diagnostic dans les 4 cas comme dans l'étude de Niang (100%) [1]. L'échographie pelvienne est le principal examen paraclinique qui permet de poser le diagnostic d'une GH [1]. Elle précise 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. Pour Risk le diagnostic échographique n'a été porté que dans 10 à 14 % des cas [9]. Dans la série de Ben Temime [6], le diagnostic préopératoire de grossesse hétérotopique a été évoqué dans quatre cas sur sept. Pour Tal l'association des données cliniques et échographiques permet de diagnostiquer 41 % des grossesses hétérotopiques [5]. La coelioscopie demeure l'examen de référence si l'échographie n'est pas concluante [2].

3. Traitement et pronostic

Le principe thérapeutique sera de préserver au mieux la GIU, tout en traitant la grossesse extra-utérine, et de préserver la fertilité. La coelioscopie, réalisée chez une de nos patientes, a supplanté la laparotomie. L'abord coelioscopique permet de réduire la durée d'hospitalisation comparée à la laparotomie et une réhabilitation précoce des patientes [2]. La salpingectomie reste la technique la plus pratiquée, surtout si la trompe est non conservable [1,2,6]. Toutes nos patientes avaient bénéficié d'une salpingectomie. L'abord chirurgical,

ne semble pas perturber le développement de la GIU, à condition que la manipulation de l'utérus soit minimale et l'anesthésie de courte durée. La prise en charge médicale, avec l'injection de méthotrexate si le diagnostic est précoce et la GIU non évolutive, reste une alternative thérapeutique. Certains auteurs estiment que l'utilisation de méthotrexate est à éviter faisant préférer l'injection locale de chlorure de potassium (KCL) [9].

Le pronostic est variable, l'évolution de la grossesse hétérotopique dépend du stade auquel le diagnostic est fait et de la précocité de la prise en charge. En moyenne, 30 à 75% des cas de GIU évoluent à terme après la prise en charge de la GEU [2,6,7]. Dans notre série, une des patientes avait accouché à terme, deux d'entre elles avaient présenté une fausse couche spontanée. Ces données sont similaires aux résultats de la littérature, en effet NIANG [1] avait enregistré 2 cas de fausses couches spontanées deux jours après le traitement de la GEU et un cas d'accouchement prématuré. Tal retrouvait des taux de 67,7% de naissances vivantes et 32,3% de fausses couches [5].

CONCLUSION

La grossesse hétérotopique est une entité rare de grossesse gémellaire associant une GEU et une GIU. Son incidence est liée aux facteurs de risque d'une grossesse extra-utérine. Sa symptomatologie est diverse, et l'échographie pelvienne est cruciale pour le diagnostic. Il est fondamental de savoir que la présence d'une grossesse intra-utérine n'exclut pas formellement la coexistence d'une grossesse de localisation ectopique et qu'il faut rechercher cette dernière, surtout devant tout tableau clinique évocateur d'une grossesse extra-utérine. La coelioscopie a amélioré la prise en charge et le pronostic qui demeure variable. Dans notre contexte, la laparotomie est toujours d'actualité du fait de l'inaccessibilité de l'endoscopie et du retard diagnostic.

RÉFÉRENCES

1. **Niang MM, Aidibe I, Cisse CT.** La grossesse hétérotopique spontanée à l'institut d'hygiène sociale de Dakar. A propos de 3 cas et revue de la littérature. Médecine d'Afrique Noire 2013 ; 60 (6): 263-8.
2. **Sall N R, Chaffi M B, Gaye I, Ndiaye M T, Gueye M D N, Moreira P M.** Prise en charge coelioscopique de grossesses hétérotopiques: à propos de deux cas au Centre Hospitalier National de Dalal Jamm. Journal de la SAGO 2025 ; 26(1) : 67-70.
3. **Hanafi. A** Grossesses hétérotopiques : A propos de deux cas, IJCRT 2021 ; 9(7) : 881-886.

4. **Bambara M.** et Al. Grossesses hétérotopiques : à propos de trois cas. Louvain Med. 2002;121 : 383-387.
5. **Tal J, Haddad S, Gordon N, Timor-Tritsch I.** Heterotopic pre-gnancy after ovulation induction and assisted reproductive technologies: a literature review from 1971 to 1993. Fertil Steril 1996; 6:1-12.
6. **Riadh Ben Temime , Nabil Mathlouthi , Tahar Makhoulf, Leila Attia, Abdellatif Chachia,** La grossesse hétérotopique : à propos de sept cas et revue de la littérature. Imagerie de la Femme 2012 ; 22 : 110-116.
7. **Montilla F, Amar P, Boyer S, Karoubi R, Diquelou JY.** Grossesse hétérotopique à propos d'un cas avec un tableau Clinique rare. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2007 ; 36 : 302-5.
8. **Alsunaidi M.** Incidence of ectopic pregnancy after assisted reproduction treatment. Saudi Med J 2007;28: 590-2.
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.