



Grossesses hétérotopiques : A propos de deux cas

HANAFL A ; DAIF.L ; LAMRISSLA ; FICHTALIK ; BOUHYA.S

Service de maternité, CHU IBNOU ROCHD, HOPITAL ABDERAHIM HAROUCHI, CASABLANCA

Résumé :

La grossesse hétérotopique est définie comme la présence simultanée d'une grossesse intra-utérine et d'une grossesse extra-utérine (GEU), quelle que soit la localisation de la GEU. 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.

Deux patientes ont été prises en charge pour une grossesse hétérotopique à la Maternité du centre hospitalier ABDERRAHIM HAROUCHI de CASABLANCA. Toutes les grossesses étaient spontanées, aucune patiente n'a bénéficié des techniques de procréation médicalement assistée ou d'une induction de l'ovulation.

L'examen clinique révélait dans tous les cas les signes d'une irritation péritonéale. Le diagnostic était toujours confirmé avant l'intervention, par échographie (deux cas). Les deux patientes ont été opérées dans un tableau de choc hémorragique. Le traitement consistait à une salpingectomie.

Mots clés : Grossesse hétérotopique, Grossesse spontanée, Grossesse multiple, grossesse extra-utérine, grossesse abdominale.

Introduction

La grossesse hétérotopique ou diplotique est la coexistence d'une grossesse intra-utérine (GIU) et d'une grossesse extra-utérine (GEU) chez la même patiente quelle que soit la localisation de la GEU [1].

C'est une forme pathologique de grossesse gémellaire dizygote biovulaire[2]. Son caractère spontané est rare [3], elle est fréquemment observée lors des grossesses induites suite à une procréation médicalement assistée.

Son diagnostic échographique précoce, permet une prise en charge efficace et efficiente est cependant difficile [4].

Nous en rapportons deux cas à travers lesquels nous relatons la difficulté diagnostique ainsi que

le risque vital encouru par les patientes à cause du retard de diagnostic.

Patientes et méthodes

Nous rapportons deux observations de patientes prises en charge pour grossesse hétérotopique spontanée à la Maternité du centre hospitalier ABDERRAHIM HAROUCHI de CASABLANCA.

Nous avons réalisé une revue de la littérature afin de mettre au point les aspects épidémiologiques – cliniques, les difficultés diagnostiques et thérapeutiques et d'évaluer le pronostic de la grossesse hétérotopique, et l'évolution de la GIU.

Résultats

Première observation :

Madame M.F, âgée de 38ans, 3^e gestes 2^e pare, mère de deux enfants vivants nés par voie basse, sans antécédents pathologiques particuliers, et sans facteurs de risques de GEU particuliers, qui s'est présenté pour des douleurs pelviennes d'apparition brutale, associés à des métrorragies minimales avec un retard des règles de 7 semaines et 6jours. La douleur est fixe sous forme de piqure, permanente.

A l'admission, patiente consciente, les conjonctives légèrement décolorées, apyrétique à 37°C.

L'examen de l'abdomen a noté une sensibilité abdominale diffuse avec une défense au niveau de la fosse iliaque gauche. Au speculum, on note un écoulement de sang noirâtre de quantité minime de provenance endo-utérine. Au toucher vaginal, l'utérus est augmenté de taille gravidique, sans masse latéro – utérine palpable. Le dosage de bêta – HCG plasmatique était à 15501 mU/ml.

Une échographie pelvienne a été réalisé en urgence met en évidence la présence d'une grossesse intra – utérine évolutive de 7SA et 6jours associée à une masse latéro – utérine gauche à contours flous sans échos embryonnaires et un hémopéritoine de moyenne abondance.



Figure 1 : Echographie endovaginale pour confirmer la grossesse gémellaire. Mise en évidence d'une grossesse intra – utérine (flèche verticale) et d'une grossesse extra – utérine gauche (flèche horizontale).

Une laparotomie faite a mis en évidence un hémopéritoine de moyenne abondance (300 ml), un utérus augmenté de taille gravidique et une grossesse extra – utérine isthmique gauche rompue avec trompe non conservable. L'annexe controlatérale était sans particularité. A noter la

présence d'un corps jaune gravidique sur chaque ovaire.

Une salpingectomie gauche est pratiquée, avec une toilette de la cavité abdominale au sérum physiologique. Les suites opératoires étaient simples. Bilan biologique était normal. La patiente n'a pas nécessité de transfusion. L'histologie confirme la grossesse tubaire.

La patiente a reçu un traitement médical à base de progestérone injectable avec relais per os. Au control échographique à J2 post – opératoire, la grossesse intra – utérine était évolutive avec une bonne réaction trophoblastique et activité cardiaque présente. Patiente déclaré sortante à J3 post opératoire sous traitement progestatif. L'évolution a été marquée par l'expulsion spontanée de la grossesse intra-utérine à J20 du post op.

Deuxième observation :

Madame R.H, âgée de 36ans, 3^e geste, nullipare, avec antécédents de deux fausses couches, notion d'infections génitales à répétition mal traitées, qui depuis 7 jours présentait des douleurs pelviennes intermittentes, paroxystiques, sans métrorragie, associées à un retard de règles de deux mois.

une échographie endo-vaginale a mis en évidence une grossesse intra – utérine évolutive de 9 SA avec écho embryonnaire et activité cardiaque positive, associée à une autre latéro – utérine gauche non rompue avec également un embryon et une activité cardiaque positive, associé à un épanchement péritonéal de moyenne abondance.

L'examen à l'admission montre des conjonctives colorées, un collapsus vasculaire avec une tension artérielle de 70/40 mmhg, le pouls à 130 pulsations/mn, la fréquence respiratoire est de 20 cycles/mn et une température de 37°. L'abdomen apparaît légèrement distendu avec sensibilité à la palpation et des signes évidents d'irritation péritonéale.

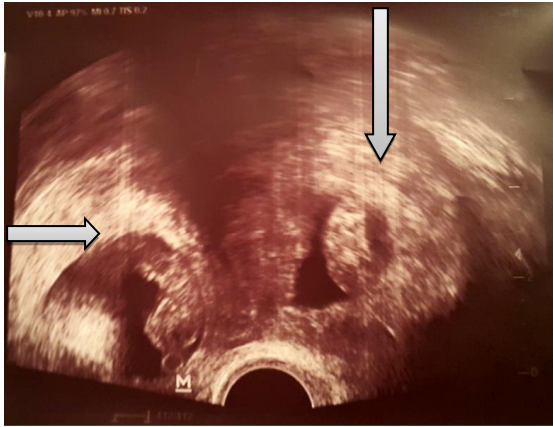


Figure 2 : Echographie endo-vaginale pour confirmer la grossesse gémellaire. Mise en évidence d'une grossesse intra – utérine (flèche verticale) et d'une grossesse extra – utérine gauche (flèche horizontale) tous les deux comportant des embryons vivants

Une laparotomie exploratrice faite en urgence après stabilisation des paramètres vitaux, a objectivé un hémopéritoine de moyenne abondance (500ml), un utérus augmenté de taille gravis avec au niveau de la trompe gauche une grossesse abdominale implantée sur la face externe du pavillon tubaire faite d'un sac gestationnel et embryon à l'intérieur.

Une salpingectomie gauche est réalisée avec manipulation prudente de l'utérus, et une toilette de la cavité abdominale au sérum physiologique. L'annexe controlatérale était sans particularité.

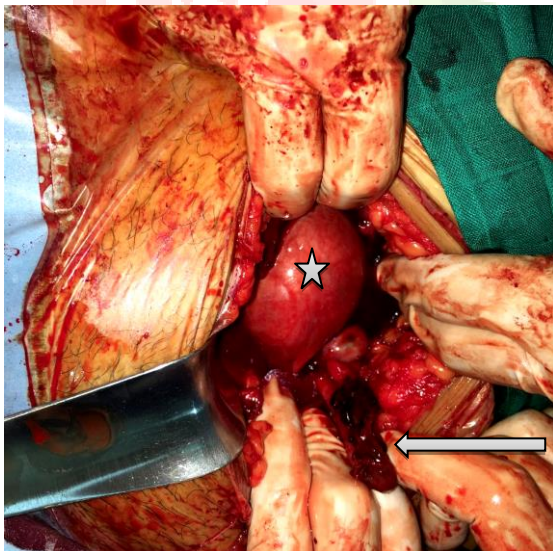


Figure 3 : grossesse hétérotopique pavillonnaire gauche. Trompe déchiétée avec trophoblaste sur la face externe du pavillon tubaire: grossesse abdominale (flèche horizontale), utérus gravide (étoile)

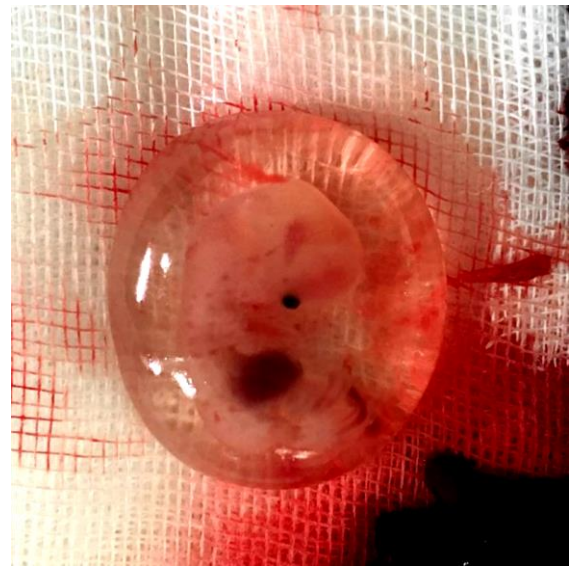


Figure 4 : Le sac gestationnel avec embryon.



Figure 5 : Pièce de Salpingectomie gauche

Patiente transfusée de 3 Culots globulaire. Elle a bénéficié d'un traitement à base de progestérone retard injectable avec relais par voie orale. Les suites opératoires sont simples. L'histologie confirme une grossesse tubaire. L'évolution de la grossesse intra – utérine a été sans particularité.

Discussion

Décrite pour la première fois par DUVERNET en 1708 [5], la grossesse hétérotopique est rare mais non exceptionnelle.

La fréquence de la grossesse hétérotopique a augmenté depuis l'avènement de la procréation médicalement assistée, en particulier par l'utilisation du citrate de clomifène [6, 7]. Les formes spontanées sont rare entre 1/3 000 à 1/10 000 grossesses [8, 9], elles sont plus fréquentes après FIV.

Dans la série rapportée par Alsunaïdi, on note 13 % de grossesses hétérotopiques [10]. En cas de grossesse obtenue par PMA, il est donc fondamental de ne pas se contenter de la

visualisation d'une grossesse intra-utérine active, mais aussi de visualiser attentivement les ovaires et la zone comprise entre l'ovaire et la corne utérine afin de rechercher une GEU associée.

Elle intéresse une population jeune dont l'âge varie entre 20 et 35 ans [10]. Nos patientes étaient respectivement âgées de 38 et 36 ans.

La grossesse ditopique est une forme particulière de grossesse gémellaire, plusieurs théories peuvent l'expliquer.

Il peut s'agir d'une fécondation simultanée au cours du même coït ou d'une fécondation différée (fécondation de deux ovules produits à un court intervalle au cours d'un même cycle par deux spermatozoïdes provenant de deux coïts successifs) [11].

Les causes tubaires qui sont communes à toutes les GEU, mécaniques ou fonctionnelles ou les causes ovulaires : décalage des ovulations dans le temps, différence de vitesse de migration des ovules, retard de captation ou une captation après migration croisée, modification du péristaltisme tubaire induite par l'implantation de l'ovule intra-utérin sont également évoquées.

L'effraction secondaire d'un des 2 œufs d'une grossesse bi-ovulaire hors de la cavité utérine par une zone de fragilité congénitale ou acquise pourrait être à l'origine de l'association d'une grossesse intra-utérine avec une grossesse abdominale [12].

Les circonstances de découverte d'une grossesse hétérotopique sont variables. Selon AMAGADA [13] et d'autres auteurs, les signes cliniques les plus fréquemment rencontrés sont ceux de la GEU (triade aménorrhée, douleurs pelviennes, métrorragies). Le diagnostic est alors relativement aisé.

Autrement, les signes peuvent être trompeurs : une douleur abdominale isolée, rendant le diagnostic difficile en particulier quand c'est la GIU qui est mise en évidence en premier, l'absence fréquente de la métrorragie [14]. Cette dernière situation est une éventualité rare mais dangereuse, car elle retarde le diagnostic et par conséquent la prise en charge.

La symptomatologie clinique est souvent rattachée à une menace d'avortement ou à un avortement en cours, et le diagnostic n'est suspecté qu'à l'apparition des signes d'un hémopéritoine secondaire à une rupture de la GEU associée ou non à un état de choc maternel souvent mortel [14].

Le cas de nos deux patientes nous ont permis d'illustrer cette difficulté diagnostique ainsi que le risque vital encouru à cause du retard diagnostic. En effet, elles n'ont bénéficié de la prise en charge adéquate qu'au stade d'hémopéritoine aiguë.

Ainsi chaque praticien ne doit pas se contenter d'un diagnostic de menace d'avortement ou d'avortement en cours devant toute douleur abdominale ou métrorragies du premier trimestre de la grossesse. L'examen des annexes doit être systématique après la mise en évidence de la GIU, surtout chez les patientes ayant des facteurs de risque de GEU.

Le diagnostic repose sur l'échographie qui pose le diagnostic et permet de préciser l'âge et l'évolutivité de la grossesse intra-utérine, le siège de la GEU, et de rechercher d'éventuelles complications [15].

Les éléments échographiques qui permettent d'affirmer une grossesse hétérotopique sont la présence d'un sac gestationnel intra-utérin avec une masse latéro-utérine arrondie entourée d'un halo trophoblastique échogène, contenant parfois un embryon, associée ou non à un épanchement dans le cul de sac de Douglas [15].

Le dosage de la bêta-HCG plasmatique n'a pas d'indication car la cinétique va suivre la cinétique habituelle d'une GIU évolutive.

L'évolution de la grossesse hétérotopique dépend du stade auquel le diagnostic est fait et de la précocité de la prise en charge [16].

Lorsque le diagnostic est posé précocement, l'évolution est généralement favorable : 30 à 75% des GIU évoluent à terme après traitement de la GEU [17].

Les complications sont le résultat d'un diagnostic tardif, souvent au stade de rupture comme est le cas chez nos patientes [18].

Généralement, la GIU évolue favorablement et la majorité des femmes accouche normalement à terme. Le traitement des grossesses hétérotopiques consiste à intervenir le plus précocement sur la GEU tout en essayant de respecter la GIU, de préserver la fertilité ultérieure et de limiter les risques de récives [11, 12, 19, 20, 21].

Le traitement est essentiellement chirurgical. La cœlioscopie exploratrice doit être effectuée en première intention en cas de doute diagnostic et pour permettre de préserver au maximum le pronostic de la GIU [22]. La laparotomie est indiquée en cas d'instabilité hémodynamique ou d'hémopéritoine abondant, comme c'était le cas chez nos patientes [14].

Le plus souvent la salpingectomie est réalisée surtout en cas de trompe non conservable. Ceci était le cas de nos 2 patientes.

Une manipulation minutieuse et très limitée en per – opératoire de l'utérus gravide contribuerait largement à la conservation de la grossesse intra – utérine [23].

Le traitement médical qui consiste à l'injection intramusculaire de méthotrexate représente une alternative si le diagnostic est posé à un stade précoce et la grossesse intra – utérine non évolutive ou non viable. D'autres auteurs estiment que l'utilisation de méthotrexate est à éviter faisant préférer l'injection local de KCL [24].

Lorsque la grossesse intra – utérine est évolutive, comme c'était le cas chez nos patientes, la tocolyse et le traitement hormonal constituent des moyens thérapeutiques supplémentaires [11].

Quoiqu'il en soit, la GEU reste la première cause de mortalité maternelle au premier trimestre de la grossesse [25]. Le retard de diagnostic limite la possibilité d'un traitement conservateur. La

salpingectomie, souvent incontournable, est responsable d'une l'infertilité secondaire.

Conclusion

Le diagnostic de grossesse hétérotopique ne doit pas être exclu par la découverte d'une GIU sur un cycle spontané. Elle doit être suspectée devant toute apparition de douleur abdominale, la présence d'une masse latéro-utérine avec ou sans écho embryonnaire visible et/ou présence d'épanchement intra-péritonéal au premier trimestre de la grossesse.

Son diagnostic doit être posé au stade précoce afin de sauver la vie de la patiente et de la grossesse intra-utérine. L'échographie est l'examen para clinique dédié.

Le pronostic de la grossesse intra – utérine dépend de la précocité du diagnostic et de la prise en charge.

References

1. Chandra PC, Schiavello HJ, Briggs SL, Samuels JD .Heterotopic pregnancy with term delivery after rupture of a first- trimester tubal pregnancy.A case report. J Reprod Med 1999; 44(6): 556-8.
2. Choukroun J, Friedman S, Chene P. Grossesse intra-utérine et extra-utérine simultanées. J Gynécol Obst et Biol Reprod. 1981 ;10 : 231-4.
3. H F Rabarikoto, R Randriamahavonjy, L A Z Rabetsimamanga, T M MTovone, L H Samison, H R Andrianampanalinarivo. 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.
4. 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. Medecine d'Afrique Noire 2013; 60 (6): 263-8
5. Bright DA, Gaupp FB. Heterotopic pregnancy; a reevaluation. J Am Board Fam Practice; 3: 125-8

6. Greingor JL, Lazarus S, Hayek G, Aussedat M, Polo M. La grossesse extra-utérine : on n'y pense jamais assez. JEUR 2006 ; 19 (2) : 69-70.
7. Forveille C, Boulieu D. Grossesse extra-utérine après fécondation in vitro. A propos de 6 cas. J GynecolObstetBiolReprod 1997 ;26(4) : 374-78.
8. Bello GV, Schonholz D, Moshirpur J, Jeng DY, Berkowitz RL. Combined pregnancy: the Mount Sinai experience. Obstet Gynecol. Surv 1986;41:603-13.
9. Reece EA, Petrie RH, Sirmans MF, Finster M, Todd WD. Combined intrauterine and extrauterine gestations: a review. Am J Obstet Gynecol 1983;146:323-30.
10. Alsunaidi M. Incidence of ectopic pregnancy after assisted reproduction treatment. Saudi Med J 2007;28:590-2.
11. Diallo D, Aubard Y, Piver P, Baudet JH. Grossesse hétérotopique: à propos de 5 cas et revue de la littérature. J Gynecol obst et Biol Reprod. 2000 Avr ; 29 (2) :131-141.
12. Korkontzelos I, Antoniou N, Stefos T, Kyparos, Lykoudis S. Ruptured heterotopic pregnancy with successful obstetrical outcome : a case report and review of the literature. ClinExpObstetGynecol 2005; 32 (3): 203-6
13. Amagada JO, Vine SJ. Spontaneous heterotopic pregnancy remains a diagnostic enigma. J obstetGynaecol 2005; 25 (1): 72-3
14. Simsek T, Dogan A, Simsek M, Pestereli E. Heterotopic triplet pregnancy (twin tubal) in a natural cycle with tubal rupture: a case report and review of the literature. J Obst et Gynaecol Res. 2008; 34(4):759-62.
15. Ousehal A, Mamouchi H, Ghazli M, Kadiri R. Grossesse hétérotopique : intérêt de l'échographie sus pubienne (à propos d'un cas). J Radiol 2001 ; 82(7) :851-3.
16. Bharadwaj P, Erskine K. Heterotopic pregnancy : still a diagnostic dilemma. J ObstetGynaecol2005 ; 25 (7) : 720-2.
17. Montilla F, Amar P, Boyer S, Karoubi R, Diquelou JY. Grossesse hétérotopique à propos d'un cas avec un tableau Clinique rare. J GynecolObstetBiolReprod 2007 ; 36 : 302-5.
18. Habana A, Dokras A, Giraldo JL, Jones EE, cornual heterotopic pregnancy : contemporary management options. Am J ObstetGynecol2000 ; 182 : 1264.
19. Strelec M, Dmitrovic R, Simunic V. heterotopic triplet pregnancy with laparoscopic resection of the ruptured tube at 10 weeks of gestation. Eur J ObstetGynecolReprodBiol2004 ; 117(1) : 117-8.
20. Chin HY, Chen FP, Wang CJ, Shui LT, Liu YH, Soong YK. Heterotopic pregnancy after in vitro fertilization-embryo transfer. Int J GynaecolObstet 2004; 86 (3) : 411-6.
21. Spiff AI, Inimgba NM, Jamabo RS. Ruptured heterotopic pregnancy : a case report and brief review of the literature. Niger J Med 2005; 14(3) : 315-6.
22. Sefroui O, Azyer M, Babahabib A, Kaanane F, Matar N. Pregnancy in rudimentary uterine horn: diagnosis and therapeutic difficulties. GynecolObstetFertil 2004; 32(4): 308-10.
23. Traore Y, Teguede I, Thera AT, Mulbah JK, Kane F, Mounkoro N, Diarra I, Diabate F S, Traore M, Dolo A. Association grossesse extra-utérine et intra utérine : à propos de 3 cas. Mali médical 2006;11 (6): 35-38
24. Morelli A., Ratozz P., Fleischer A. Diagnosis and treatment of intra-uterine pregnancy associated with tubal pregnancy. Minerva Gynecol, 1994, 46 (9), 517.
25. Seoud AA, Saleh MM, Yassin AH. Spontaneous heterotopic pregnancy: a successful outcome. ClinExpObstetGynecol. 2007; 34(4): 252-3