

AMBIGUÏTÉ DIAGNOSTIQUE D'UNE GROSSESSE ABDOMINALE TRÈS PROLONGÉE : À PROPOS D'UN CAS OBSERVÉ À L'HÔPITAL GÉNÉRAL DE RÉFÉRENCE JASON SENDWE DE LUBUMBASHI EN RD CONGO.

DIAGNOSTIC AMBIGUITY OF A VERY PROLONGED ABDOMINAL PREGNANCY: ABOUT A CASE OBSERVED AT THE JASON SENDWE GENERAL REFERENCE HOSPITAL IN LUBUMBASHI, DR CONGO

KASONGO K. O.*; KUBIOLE M.*; BAKAMWIMBA B.*; NSHOMBO N.*; KAKINGA T.B* ; ILUNGANG. H* ; ITEKE F. R.** ; KINENKINDA K. X.* ; KAKOMA S.Z.*

RÉSUMÉ

La grossesse abdominale ou péritonéale est une entité rare et se définit comme le développement de l'œuf fécondé dans la cavité abdominale. Elle peut être diagnostiquée précocement ou à un stade avancé après 20 SA. Sur le plan paraclinique (échographie), notre observation était émaillée de difficultés diagnostiques qui ont motivé l'indication d'une laparotomie à la fois exploratrice et diagnostique dans un environnement de précarité socio-économique évidente (non accessibilité aux CPN de qualité). On retira un fœtus mort macéré et un placenta en état de putréfaction, cependant, l'évolution de la patiente était marquée par des suites post-opératoires simples. Ainsi l'amélioration des soins de santé dans notre milieu passe par une sensibilisation des gestantes aux CPN de qualité dès la conception, une formation continue du professionnel de la santé, une modernisation du plateau technique et une référence dans un temps record.

Mots-clés : *Diagnostic difficile, Grossesse abdominale très prolongée, RD Congo.*

ABSTRACT

Abdominal or peritoneal pregnancy is a rare entity and is defined as the development of the fertilized egg in the abdominal cavity which can be distinguished from early or advanced after 20 weeks. Our observation was interspersed with diagnostic difficulties at the paraclinical level (ultrasound) which motivated the indication for a laparotomy that was both exploratory and diagnostic as well as the socio-economic disparity (the non-accessibility of quality ANCs). Infectious complications were observed in our patient and the course was marked by simple post-operative consequences. Thus, improving healthcare in our environment requires raising awareness of quality CPNs from conception, continuous training of the healthcare professional, and modernization of the technical platform and benchmarks in record time.

Keywords: *Difficult diagnosis, Very prolonged abdominal pregnancy, R.D. Congo.*

**Département de Gynécologie-Obstétrique, Cliniques Universitaires de Lubumbashi/ RD Congo.*

***Service d'Anesthésie – Réanimation, Hôpital Général Provincial de Référence Jason Sendwe Lubumbashi / R.D. Congo.*

Auteur correspondant : KASONGO K. O. olivierkitungwa@yahoo.fr

INTRODUCTION

La grossesse abdominale ou péritonéale est une entité rare et l'une des variétés des grossesses ectopiques [1]. Elle se définit comme le développement de l'œuf fécondé dans la cavité abdominale et peut être diagnostiquée précocement ou tardivement après 20 SA. Les formes évolutives au-delà du 5^e mois sont exceptionnelles dans les pays développés, mais fréquentes dans ceux à faible densité médicale en étant caractérisées par une morbi-mortalité tant périnatale que maternelle élevée [2–4]. Les formes évolutives jusqu'au terme sont tout aussi exceptionnelles avec une mortalité périnatale élevée et des complications maternelles occlusives, infectieuses et surtout hémorragiques pouvant être très graves [5,6]. Elle concerne environ 1% des grossesses ectopiques et son incidence serait de 1 sur 10 000 à 15000 naissances en Europe et de 1 sur 2000 dans les pays en développement où la médicalisation est encore insuffisante [2]. En République Démocratique du Congo, qui fait partie de ces derniers-pays, la grossesse abdominale serait favorisée par la recrudescence des séquelles des maladies sexuellement transmissibles et demeure encore une pathologie obstétricale relativement fréquente [7]. Les signes cliniques sont polymorphes et non spécifiques, ce qui rend le diagnostic difficile et tardif. L'échographie est incontournable en ce qui concerne le diagnostic [8]. La prise en charge est un sujet de controverse : pour certains auteurs, une fois le diagnostic posé, une interruption médicale de la grossesse est recommandée [1,2]. Pour d'autres, le taux élevé de survie néonatale sans séquelles graves peut justifier une attitude conservatrice [9–11]. Nous rapportons les difficultés diagnostiques d'un cas inhabituel de grossesse abdominale très prolongée d'environ 52 SA mise en évidence au cours d'une laparotomie exploratrice à l'Hôpital Général de Référence Jason Sendwe de Lubumbashi en République Démocratique du Congo.

OBSERVATION

Il s'agissait de la patiente Y, âgée de 32 ans, 5^{ème} gestante et 4^{ème} pare, qui avait consulté un centre de santé de la Ville de Lubumbashi pour douleurs abdominales dans un tableau de grossesse excessivement prolongée (absence des règles d'environ douze mois). Elle était porteuse d'un protocole d'échographie réalisée en date du 26 mars 2020 avec les résultats suivants : utérus gravide, présentation siège, activité cardiaque absente et placenta postérieur ; ainsi, le diagnostic d'une mort fœtale in utero d'une grossesse présumée prolongée avait été posé. L'induction du travail au misoprostol à deux reprises (50 microgrammes puis 100 microgrammes) et une fois à la solution d'ocytocine ainsi qu'à la suite de la pose intra-utérine d'une sonde de Foley avait été tenté sans succès à environ 51 SA. C'est l'échec de ces multiples tentatives d'induction qui avait constitué le motif de transfert à l'Hôpital Général de Référence Jason Sendwe en date du 29 Mars 2020 pour une prise en charge adéquate.

Dans les antécédents personnels, on avait noté une appendicectomie réalisée en janvier 2014 et une césarienne, probablement pour une présentation vicieuse, en décembre de la même année. La dernière grossesse n'avait pas été suivie et aucune échographie n'avait été réalisée.

À l'examen physique, l'état général était altéré par la fièvre et la position antalgique, la tension artérielle de 90/50 mmHg, la température de 38,3° C, la fréquence cardiaque de 120 battements /min, fréquence respiratoire de 30 Cycles/min, tandis que les conjonctives palpébrales étaient pâles et les bulbaires anictériques. Le thorax était symétrique et les seins turgescents et sécrétants. L'abdomen était distendu, avec présence d'une cicatrice médiane sous ombilicale d'environ 11 cm, les parties fœtales palpables, la hauteur de 31cm, la présentation imprécise et les bruits cardiaques fœtaux à l'auscultation absents.

À l'examen gynécologique, la vulve était propre et eutrophique ; l'examen au speculum n'avait pas été réalisé ; au toucher vaginal, le col était postérieur, long, ramolli et admettant un doigt. L'utérus était légèrement augmenté de volume comme une grossesse de 4SA, mobilisable, annexes difficile à objectiver au palper bi-manuel, le col était postérieur, long, ferme, admettant la pulpe de doigt, doigtier propre.

Compte tenu de ce qui précède, le diagnostic d'une grossesse ectopique fort probable

complicquée d'une mort fœtale avec un sepsis était retenu.

Le bilan biologique demandé avait révélé ce qui suit : une anémie (Hg à 7g%), Groupe Sanguin A Rhésus positif, une hyperleucocytose (11250 leucocytes / mm³) à prédominance neutrophilique, une élévation de la vitesse de sédimentation à 80 mm/h; un temps de saignement de 3 minutes et 30 secondes, un temps de coagulation de 2 minutes et 15 secondes (les plaquettes sanguines et la glycémie n'avaient pas été réalisées).

L'échographie avait montré les éléments suivants : un utérus non gravide avec une taille de 45x38 mm ainsi qu'une grosse masse solido-liquide de contour régulier, occupant la quasi-totalité de la cavité abdominale et dont les contenus simulaient les tissus trophoblastiques ; la taille de la masse était de 154x138 mm. Le diagnostic différentiel entre un gros myome sous séreux, un gros kyste ovarien et d'autres masses abdominales était évoqué.

La radiographie sans préparation de l'abdomen demandée n'avait pas été réalisée.

Un traitement fait de Ceftriaxon injectable (2g/24 h en IVD) et métronidazole en infusion (500 mg/8h//24h en IVDL) était administré à la patiente. Une laparotomie exploratrice fut ensuite indiquée et réalisée au 8ème jour d'hospitalisation et le diagnostic d'une grossesse abdominale avec un fœtus macéré au dernier degré fut établi.

Actes

Une laparotomie médiane sous-ombilico-sus-pubienne sous anesthésie générale avait permis de tomber directement sur une masse bien organisée (Figure 1). Après incision de cette dernière, un fœtus macéré au dernier degré, de sexe masculin et pesant 2800 gr, fut extrait (Figure 2,3 et 4) ; on réalisa ensuite la délivrance d'un placenta putréfié au sein de la masse et une adhésiolyse partielle entre la coque de celle-ci et la paroi abdominale, les anses intestinales (iléon et sigmoïde) ainsi que les grand et petit épiploons permettant ainsi d'objectiver l'utérus légèrement augmenté de volume et recouvert de quelques tissus trophoblastiques. On fit une résection au nadir de la coque attachée au sigmoïde, ce qui avait permis de mettre en évidence les annexes emprisonnées en postérieur. On procéda finalement au nettoyage de la cavité abdominale au sérum physiologique tiède, suivi de la fermeture de la paroi abdominale plan par plan.

Les suites post-opératoires étaient simples, avec une stabilité hémodynamique, respiratoire, neurologique et métabolique ; la sortie de l'hôpital est intervenue au 12e jour d'hospitalisation (figure 5).



Figure 1 Coque contenant le fœtus et ses annexes



Figure 2 : Découverte d'un fœtus après incision de la coque



Figure 3 : un fœtus mort, macéré avec cordon clampé



Figure 4 : Extraction d'un fœtus mort, macéré



Figure 5. Le sourire enfin retrouvé après des suites opératoires normales sous une bonne prise en charge

DISCUSSION

La grande particularité de cette gestation est son terme très dépassé sur une implantation ectopique. Le niveau d'instruction de la femme, la non fréquentation des bonnes consultations prénatales et le manque de diagnostic précoce de la pathologie sont autant des facteurs qui peuvent justifier cette évolution étonnante. L'OMS recommande cinq consultations prénatales au cours de la grossesse et la réalisation de trois échographies dont l'un des objectifs de l'échographie du premier trimestre est la localisation de la grossesse [12]. Le non recours à l'échographie relève le plus souvent de deux facteurs : l'absence de prescription de l'examen par un personnel non qualifié et le manque de moyens pour honorer l'examen [13]. Dans notre cas la grossesse n'a pas été suivie et aucune échographie n'a été réalisée suite au niveau socio-économique

bas.

Le diagnostic clinique est souvent difficile mais un groupe de signes permet d'orienter le diagnostic vers une grossesse abdominale : troubles digestifs, douleurs abdomino-pelviennes concomitantes aux mouvements fœtaux, fœtus superficiel et col fixé sous la symphyse pubienne [14]. Certains signes comme des douleurs abdominales et les parties fœtales palpées sous la paroi abdominale avaient été observés dans chez la patiente de notre étude[15].

L'échographie occupe une place importante dans le diagnostic de la grossesse abdominale. Dans les pays développés où l'imagerie par résonance magnétique (IRM) peut être réalisée assez facilement, le diagnostic est plus aisé. L'IRM retrouve un utérus vide, un fœtus dans la cavité abdominale non circonscrit par du tissu myométrial, une présentation fréquemment transverse et un oligo-amnios [4]. Dans les pays en développement comme le nôtre, l'échographie constitue le pilier du diagnostic. Dans notre observation, deux échographies ont été réalisées à la 52ème semaine d'aménorrhée : la première, faite au centre de santé, avait conclu à une mort fœtale in utero d'une grossesse présumée prolongée et la seconde, faite à l'hôpital, avait mis en évidence un utérus non gravide avec une masse dont le diagnostic différentiel était à faire entre un gros myome sous séreux, un gros kyste ovarien ou tout autre masse abdominale. Cependant, le bilan fœtal échographique est souvent difficile compte tenu de la fréquence de l'oligoamnios qui gêne l'examen morphologique [4]. Dans notre étude, les deux échographies réalisées n'ont pas fait mention des paramètres fœtaux.

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. Les grossesses abdominales secondaires, les plus fréquentes, résultent soit d'un avortement tubo-abdominal, soit d'une rupture d'une grossesse tubaire, soit de la migration d'une grossesse intra-utérine au travers d'une brèche d'hystérotomie ou de perforation utérine, ou d'une corne rudimentaire. Les grossesses abdominales secondaires ont également été décrites après hystérectomie, bien que ce soit des cas rares [2].

La stratégie thérapeutique dépend de plusieurs facteurs :

- Si le fœtus est vivant, il se pose le problème du délai opératoire : faut-il intervenir précocement sans attendre la viabilité fœtale ou faut-il attendre la viabilité fœtale en exposant la femme au risque des complications hémorragiques, infectieuses et occlusives. Il semble que l'attitude la plus raisonnable est celle adoptée par le Lovier[6], Hendeson et Renaud [4] qui consiste à la mise en observation en milieu chirurgical sous surveillance maternelle et fœtale stricte [4,6];
- Si le fœtus est vivant et viable, l'extraction chirurgicale doit être urgente dès que le diagnostic est posé ;
- La même attitude(extraction chirurgicale) peut être proposée lorsque le fœtus est mort ou que la grossesse est jeune [4,15].

L'extraction fœtale se fait le plus souvent après la laparotomie. Cependant dans notre cas, la laparotomie exploratrice a mis en évidence une masse abdominale bien organisée qu'il fallait inciser pour extraire un fœtus macéré au dernier degré.

En ce qui concerne la conduite à tenir vis-à-vis du placenta, les avis divergent et trois attitudes possibles sont préconisées :

- Ablation du placenta quand c'est possible ;
- Placenta laissé en place quand il est inséré de façon diffuse ou sur des organes importants et quand des connexions vasculaires sont importantes ;
- Utilisation du méthotrexate dans le but de détruire le placenta en place [6].

Dans notre contexte, une délivrance du placenta putréfié au sein de la masse était possible suivie de la résection au nadir de la coque avec le sigmoïde.

Le pronostic fœtal est réservé avec une mortalité élevée variant de 75% à 95% [16]. Le fœtus était macéré dans notre cas. Les causes de décès sont liées à l'hypotrophie fœtale et aux malformations. Ces facteurs, associés à la mauvaise vascularisation du placenta connue dans les grossesses abdominales, pourraient expliquer la fragilité de ce fœtus [17]. Toutefois, dans notre observation, on n'a retrouvé ni malformation externe évidente ni hypertrophie.

Le pronostic maternel dépend de la précocité du diagnostic et de l'attitude prise par rapport au placenta [7]. La mortalité maternelle varie de 0% à 18%, due essentiellement aux hémorragies et aux complications infectieuses [4]. Les complications infectieuses-notamment le sepsis a été observé chez notre patiente et l'évolution était favorable, la sortie étant intervenue au 12^e jour d'hospitalisation.

Au demeurant, la référence vers l'hôpital général de référence Jason Sendwe s'était effectuée à temps, permettant une prise en charge correcte et des suites post-opératoires normales. Cependant, les difficultés diagnostiques sur le plan paraclinique (interprétations échographiques) avaient motivé l'indication d'une laparotomie exploratrice et finalement diagnostique d'une grossesse abdominale qui n'avait pas pu être détectée assez tôt au cours des consultations prénatales à cause d'une barrière socio-économique (non accessibilité aux CPN de qualité).

CONCLUSION

Il s'agissait d'un cas de grossesse abdominale très prolongée et de diagnostic très difficile suite à un faible plateau technique dans notre environnement dominé par une précarité socio-économique qui exclut une certaine catégorie des gestantes à accéder aux consultations prénatales. Celles-ci, qui ont pour objectif essentiel de déceler un danger, une anomalie ou une complication susceptible de compromettre le pronostic foëto-maternel, auraient pu permettre, à temps et grâce à un plateau technique adéquat, une attitude thérapeutique appropriée de la part d'un prestataire qualifié. Ainsi, l'amélioration du diagnostic dans notre milieu devra obligatoirement passer par : la sensibilisation des gestantes aux CPN de qualité dès la conception, la formation continue du professionnel de la santé [renforcement des capacités du prestataire en soins obstétricaux essentiels(SOE), soins obstétricaux d'urgence(SOU) et soins obstétricaux néonataux d'urgence(SONU)], la modernisation du plateau technique et la référence à temps pour une meilleure prise en charge dans le cadre de la couverture sanitaire universelle pour assurer l'équité des soins à l'ensemble de la population.

REFERENCES

1. Jarry j, Peycru T, Tine I, Ougoubemy M. grossesse ectopique abdominale, cause rare d'hémopéritoine. Journal de Chirurgie Viscérale. 2010;147: 148-149.
2. Beddock R, Naepels P, Gondry C, Besserve P, Camier B, Boulanger J. Diagnostic et concepts actuels de prise en charge de la grossesse abdominale avancée. Gynécologie Obstétrique et Fertilité. 2004;32:55-61.
3. Faller E, Kauffmann E, Chevière S, Heisert M, Ranjatoelina H, Boumahni B. Grossesse abdominale menée à terme. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2006;35:732-5.
4. Mahi M, Boumdin H, Chaouir S, Salaheddine T, Attioui D, Amil T. Un nouveau cas de grossesse abdominale. J Radiol. 2002;83:989-92.
5. Sfar E, Kaabar H, Marrakechi O. grossesse abdominale, entité anotomoclinique rare. A propos de 4 cas (1981-1990). Rev Fr Gynécol obstét. 1993;88 :261-5.
6. Setouani A, Snaibi A, Boutaleb Y. grossesse abdominale A propos de 7 cas colligés de 1978 à 1986. J Gynecol Obstét Biol Reprod. 1989;18 : 177-80.
7. Mboloko E, Yanga K, Nguma M, Lusanga D. Lésions tubaires et péritonéales à la coelioscopie chez les femmes stériles aux Cliniques Universitaires de Kinshasa. Panorama Médical. 1996;1(13): 793-801.
8. Rabarikoto H, Rakotomboahangy T, Razafindrabia T, Razafindrasy E, Randriambololona D. Grossesse abdominale: les difficultés diagnostiques à travers un cas. Revue d'anesthésie-réanimation, médecine d'urgence et toxicologie. 12 avr 2018;
9. Brewster EM, Braithwaite EA, Brewster EM. Advanced abdominal pregnancy: a case report of good maternal and perinatal outcome. West Indian Med J. oct 2011;60(5):587-9.
10. Nkusu Nunyalulendho D, Einterz EM. Advanced abdominal pregnancy: case report and review of 163 cases reported since 1946. Rural Remote Health. déc

2008;8(4):1087.

11. Guèye M, Cissé ML, Guèye SMK, Guèye M, Diaw H, Moreau JC. Difficultés du diagnostic et de prise en charge de la grossesse abdominale : à propos de deux cas diagnostiqués à terme au Centre Hospitalier Régional de Diourbel du Sénégal. Clin Mother Child Health. 2012;9:1-3.
12. World Health Organization, éditeur. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization; 2016. 152 p.
13. Bwana I, Kilolo N, Kalonji D, Mwamba I, Ndolo U, Kabamba N, Kalenga MKP. A propos d'un cas de grossesse abdominale très prolongée [Internet]. 2013 [cité 3 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3932124/>
14. Bouzid F, Cellami D, Baati S, Chaabouni M. grossesse abdominale. Rev Fr Gynécol Obstétr. 1996;91:616-8.
15. Bouaziz M, Zhioua F, Chaker A, Mouelhi C, Ferchiou M, Meriah S. Nouveau cas de grossesse abdominale avec enfant vivant et non malformé. Tunis Médicale. 1997;75:143-5.
16. Ramphal S, Moodley J. Advanced extra uterine pregnancy. Curr Obstet Gynaecol. 1998;8:90–95.
17. Rabarrijaona H, Rarakotovao J, Rakotorahalahy M, Randriamlarana J. grossesse abdominale. Med Afr Noire. 2000;47:460–463.