

# La grossesse hétérotopique spontanée à l'institut d'hygiène sociale de Dakar

## A propos de trois cas et revue de la littérature

M.M. NIANG, I. AIDIBE, C.T. CISSE

Université Cheikh A.  
Diop de Dakar,  
Maternité hôpital  
Aristide Le Dantec,  
Dakar, Sénégal

### Résumé

La grossesse hétérotopique est définie comme la présence simultanée d'une grossesse intra-utérine et d'une grossesse extra-utérine (GEU) chez la même patiente, 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. Entre 2007 et 2009, trois patientes ont été prises en charge pour une grossesse hétérotopique à la Maternité de l'Institut d'Hygiène Sociale de Dakar, soit une fréquence de 0,23‰ accouchements ou 2,8% des GEU (1 cas pour 4168 accouchements ou un cas pour 36 GEU). Les trois patientes étaient âgées respectivement de 20, 23 et 30 ans soit un âge moyen de 24,3 ans. Les antécédents étaient dominés par l'infection génitale (3 cas). Toutes les grossesses étaient spontanées, aucune patiente n'a bénéficié des techniques de procréation médicalement assistée ou d'une induction de l'ovulation. Les trois patientes avaient consulté pour des métrorragies associées à des algies pelviennes.

L'examen clinique révélait dans tous les cas une irritation péritonéale. Le diagnostic était toujours confirmé, avant l'intervention, par l'échographie (trois cas). Les trois patientes ont été opérées dans un tableau de choc hémorragique. Il s'agissait de deux cas de GEU ampullaire droite et d'une grossesse abdominale. Le traitement consistait à une salpingectomie droite pour les GEU tubaires, la grossesse abdominale a bénéficié d'une énucléation d'un fœtus vivant mais non viable avec malformation associée à type d'omphalocèle, le placenta inséré à la face postérieure du foie était laissé en place. L'évolution a été marquée par l'expulsion de la grossesse intra-utérine chez deux patientes alors que la troisième avait fait un accouchement prématuré à 32 semaines d'aménorrhée et le fœtus pesait 1200 grammes.

### Abstract

**Spontaneous heterotopic pregnancy at the institute of social hygiene of Dakar: about three cases and review of the literature**

Heterotopic pregnancy is defined as the simultaneous presence of an intra-uterine pregnancy and an ectopic pregnancy at the same patient, whatever is the location of the ectopic pregnancy. The goal of this work is to specify the epidemiological and clinical aspects, the diagnostic and therapeutic difficulties and to evaluate the prognosis of the heterotopic pregnancy. Between 2007 and 2009, three patients have been supported for a heterotopic pregnancy in the Maternity of the Institute of Social Hygiene, that is to say a frequency of 0,23‰ childbirths or 2,8% of the ectopic pregnancy (1 case for 4168 childbirth or a case for 36 ectopic pregnancies). The three patients were respectively 20, 23 and 30 year-old is an average age of 24,3 years. The backgrounds were dominated by the genital infection (3 cases). All the pregnancies were spontaneous. The three patients had consulted for genital bleeding associated with pelvic pains. The clinical examination revealed in all the cases an irritation of the peritoneum. The diagnosis

**Mots-clés :**  
**Grossesse hétérotopique, Grossesse extra-utérine, Hémorragie, Echographie, Laparotomie**

**Keywords :**  
**Heterotopic pregnancy, Ectopic pregnancy, Haemorrhage, Ultrasound, Laparotomy**

was always confirmed, before the intervention, by ultrasound (three cases). The three patients were operated in a context of haemorrhagic shock. They were two cases of right ectopic pregnancy and an abdominal pregnancy. Treatment was a right salpingectomy for the tubular ectopic pregnancy and an enucleation of an alive fetus but non viable with deformation for the abdominal pregnancy, the placenta inserted into the posterior face of the liver was left in place. The evolution was marked by the expulsion of the intra-uterine pregnancy in two patients whereas the third had made a premature birth at 32 weeks of amenorrhoea and the fetus weighed 1200 grams.

## Introduction

La grossesse hétérotopique est définie par la présence simultanée d'une grossesse intra-utérine et d'une grossesse extra-utérine. Décrite pour la première fois en 1708 par DUVERNET [1], elle est rare mais non exceptionnelle. Sa fréquence a considérablement augmenté ces dernières années avec la recrudescence des infections génitales et surtout la large diffusion de la procréation médicalement assistée (PMA). L'échographie a révolutionné son diagnostic qui demeure cependant difficile, le plus souvent tardif. Les auteurs rapportent trois cas observés et documentés dans un service d'obstétrique à Dakar.

## Patientes et méthodes

Nous rapportons trois observations de patientes prises en charge pour grossesse hétérotopique à la Maternité de l'Institut d'Hygiène

Sociale de Dakar, entre 2007 et 2009. Nous avons analysé les données épidémiologiques, cliniques, échographiques ainsi que la prise en charge thérapeutique de cette pathologie et l'évolution de la GIU. Nous avons réalisé une revue de la littérature afin de mettre au point les aspects épidémiocliniques, les difficultés diagnostiques et thérapeutiques et d'évaluer le pronostic de la grossesse hétérotopique dans le contexte sénégalais.

## Résultats

### Observations

Nos patientes étaient respectivement âgées de 30 ans, 20 ans et 23 ans. La première était multipare (5 accouchements) et les deux autres paucipares (2 et 3 accouchements).

Aucune d'entre-elles n'avait auparavant fait une grossesse extra-utérine.

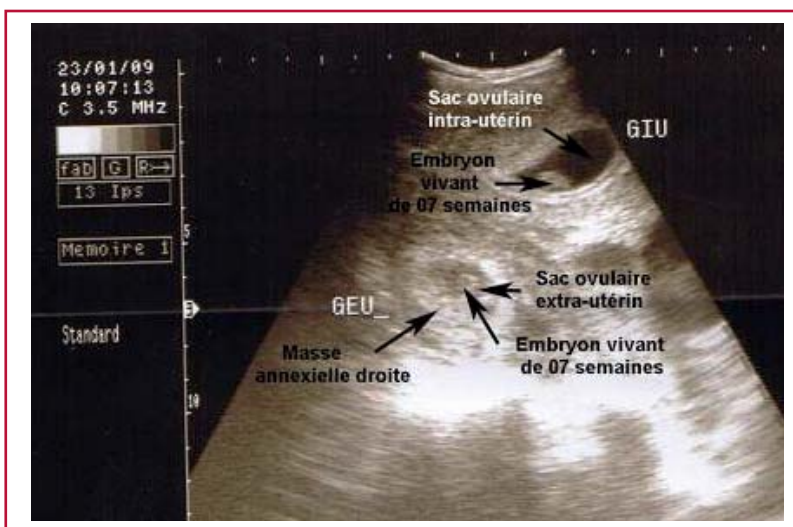
Elles avaient toutes consulté pour une symptomatologie similaire associant aménorrhée, métrorragies et douleurs abdomino-pelviennes aiguës. L'examen physique révélait dans tous les cas un syndrome d'irritation péritonéale. Cependant elles présentaient quelques particularités.

### Première observation

Madame D., âgée de 30 ans, présentait à l'admission une sensibilité du cul-de-sac vaginal postérieur et des métrorragies minimales faites de sang noirâtre au toucher vaginal.

L'échographie objectivait la présence d'une grossesse intra-utérine évolutive de 7 semaines d'aménorrhée associée à une grossesse extra-utérine droite évolutive de 7 semaines d'amé-

**Figure 1 :** Grossesse intra-utérine évolutive associée à une grossesse extra-utérine droite évolutive



## • La grossesse hétérotopique... •

norrhée avec un épanchement péritonéal au niveau du Douglas (figure 1).

La laparotomie réalisée en urgence avait mis en évidence un hémopéritoine de grande abondance, 600 ml, une grossesse extra-utérine ampullaire droite rompue, un utérus gravide et la persistance de corps jaunes sur les deux ovaires (figure 2). Une salpingectomie droite a été réalisée, associée à une toilette de la cavité abdominale au sérum physiologique. La patiente avait bénéficié d'une tocolyse et d'un traitement hormonal à base de progestérone. Les suites opératoires étaient

simples et l'évolution à moyen terme était marquée par la poursuite de la grossesse et la patiente avait accouché à 32 semaines d'un prématuré pesant 1200 grammes, décédé lors de son transfert en néonatalogie. En effet, elle a été reçue dans un tableau d'accouchement prématuré inéluctable.

### **Deuxième observation**

Madame N., âgée de 20 ans, présentait à l'admission une sensibilité du cul-de-sac vaginal postérieur, des métrorragies minimales faites de sang noirâtre et une petite masse latéro-utérine droite au toucher vaginal. L'échographie retrouvait la présence d'une grossesse intra-utérine arrêtée de 9 semaines d'aménorrhée associée à une grossesse extra-utérine droite arrêtée de 9 semaines d'aménorrhée avec un épanchement péritonéal au niveau du Douglas. La laparotomie réalisée en urgence avait mis en évidence un hémopéritoine de grande abondance, 700 ml, une grossesse extra-utérine ampullaire droite rompue avec un utérus gravide.

Une salpingectomie droite a été réalisée, associée à une toilette de la cavité abdominale au sérum physiologique. L'examen anatomopathologique avait confirmé le diagnostic.

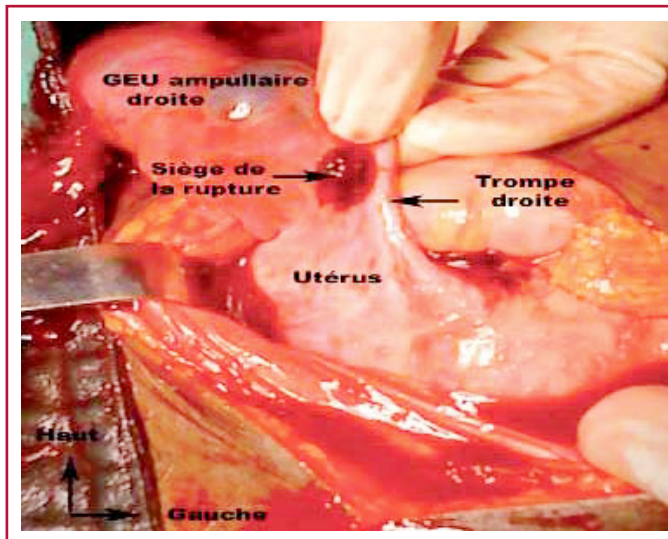
Les suites opératoires étaient simples. L'évolution fut marquée, deux jours plus tard, par l'expulsion d'un avorton macéré de 130 grammes.

Un curage réalisé sous anesthésie générale avait ramené le placenta.

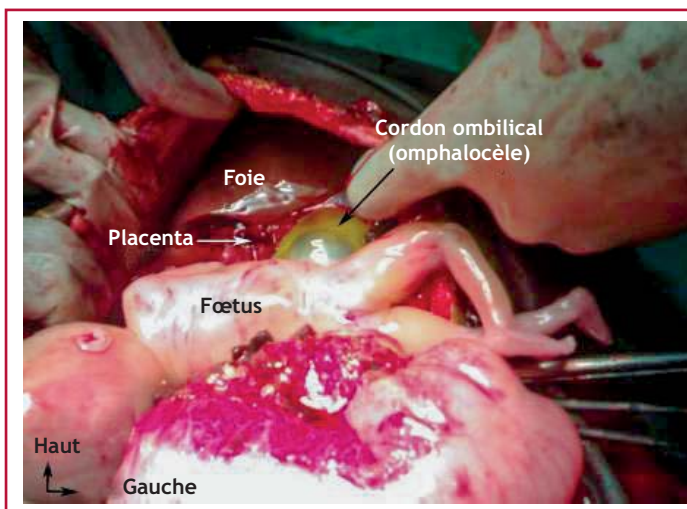
### **Troisième observation**

Madame S., âgée de 23 ans, était admise dans un mauvais état général avec des muqueuses conjonctivales pâles. L'abdomen était sensible avec perception d'une masse arrondie bien circonscrite située dans une zone comprise entre l'épigastre et l'hypochondre droit. L'échographie avait objectivé la présence d'une grossesse intra-utérine arrêtée d'environ 16 semaines d'aménorrhée, associée à une grossesse abdominale sous-hépatique évolutive d'environ 19

**Figure 2 :** Grossesse extra-utérine ampullaire droite rompue



**Figure 3 :** Enucléation du fœtus après amniotomie



semaines d'aménorrhée.

La laparotomie réalisée avait mis en évidence un hémopéritoine de 2500 ml, une grossesse abdominale évolutive localisée au niveau de l'hypochondre droit, sous le foie (figure 3).

L'ouverture de la poche amnio-choriale avait permis l'énucléation d'un fœtus de sexe féminin vivant, pesant 600 grammes présentant une malformation à type d'omphalocèle.

Le placenta adhérent à la face inférieure du foie et à l'épiploon était laissé en place après ligature section du cordon ombilical. Une toilette de la cavité abdominale a été réalisée avec mise en place d'une lame de Delbet. L'évolution de la grossesse intra-utérine fut marquée deux jours plus tard par l'expulsion d'un avorton macéré 140 grammes. Un curage réalisé sous anesthésie générale avait ramené le placenta. Le drain qui ne produisait plus était retirée. Dans les suites opératoires, au 4ème jour après l'intervention, la patiente avait présenté un syndrome d'irritation péritonéale associé à une anémie sévère et une hyperthermie nécessitant une seconde laparotomie mettant en évidence un hémopéritoine minime de 150 ml.

Une toilette de la cavité abdominale avec drainage était réalisée. Elle fut par la suite transférée en service de réanimation où elle avait bénéficié d'une transfusion de 6 unités de sang total, d'une antibiothérapie avec la lévofloxacine par voie intraveineuse à raison de 500 mg deux fois par 24 heures et d'une nutrition parentérale. La patiente avait séjourné 42 jours en service de réanimation avant d'être transféré en maternité.

### Synthèse des observations

Entre 2007 et 2009, trois grossesses hétérotopiques ont été enregistrées parmi les 12504 accouchements, soit une fréquence de 1 cas pour 4168 accouchements ou 1 cas pour 36 GEU. Les antécédents d'infection génitale à répétition, souvent dues à chlamydiae, étaient retrouvés chez les trois patientes avec un dernier épisode qui remontait tout au plus à trois mois. La triade

aménorrhée, algie pelvienne et métrorragie constituait le motif de consultation.

Toutes les grossesses étaient spontanées, aucune patiente n'a bénéficié des techniques de procréation médicalement assistée ou d'une induction de l'ovulation. L'échographie réalisée chez les trois patientes avant l'admission avait toujours permis de poser le diagnostic de la grossesse hétérotopique. La laparotomie a été indiquée dans les trois cas.

La voie d'abord a été une laparotomie médiane sous-ombilicale. Le volume de l'hémopéritoine était trois fois plus important dans la grossesse abdominale (2500 ml) que dans les grossesses ampullaires (600 ml et 700 ml). La chirurgie radicale (salpingectomie) a été réalisée chez deux patientes. Chez la troisième patiente, nous avons procédé à une chirurgie conservatrice. L'évolution à court terme a été marquée par une expulsion de la grossesse intra-utérine (deux cas) et une péritonite post opératoire chez la troisième patiente. Nous avons procédé à la tocolyse en pré et post-opératoire chez la première patiente et l'évolution à moyen terme était marquée par la poursuite de la grossesse avec un accouchement à 32 semaines d'un prématuré pesant 1200 grammes.

### Discussion

#### Etiopathogénie

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 [2] 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) [3]. 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 [4].

### Fréquence

La grossesse hétérotopique est une pathologie assez rare mais de plus en plus fréquente du fait de l'augmentation des facteurs de risque de la GEU [2, 5, 6] et surtout le développement de la fécondation in vitro, de la chirurgie tubaire.

Dans la littérature, la fréquence varie de 1/30000 lors des grossesses spontanées à 1/100 au cours de la procréation médicalement assistée [7]. Dans notre série cette fréquence est de 1 cas pour 4168 accouchements et 1 cas pour 36 GEU, légèrement en deçà de celui rapporté par Bambara au Burkina Faso, de l'ordre de 1 cas pour 3142 accouchements et 1 cas pour 92 GEU [7].

Au Sénégal, on note une tendance à la baisse de la grossesse hétérotopique avec des taux passant de 1/2300 accouchements en 1994 [8] à 1/4168 accouchements en 2009. Ceci pourrait s'expliquer par un diagnostic plus précoce et une prise en charge mieux adaptée des infections génitales hautes notamment l'infection à Chlamydiae.

### Diagnostic

Les signes cliniques les plus fréquemment rencontrés sont ceux de la GEU (triade aménorrhée, douleurs pelviennes, métrorragies) [9].

L'échographie pelvienne constitue le principal examen paraclinique qui permet de poser le diagnostic de grossesse hétérotopique [8]. La voie endovaginale doit toujours être combinée à la voie sus-pubienne.

On retrouve des signes de GEU directs et indirects, associés à une grossesse intra-utérine. La coelioscopie est l'examen de référence pour confirmer la grossesse hétérotopique, lorsque

l'échographie n'a pas fait ses preuves [10]. La laparotomie est l'ultime étape dans le diagnostic de la grossesse hétérotopique surtout quand elle est réalisée pour hémostase devant la rupture de la GEU. Dans notre série, la laparotomie était réalisée dans les trois cas.

Les facteurs de risque de la grossesse hétérotopique sont ceux de la GEU. L'infection génitale est le principal facteur de risque, surtout les infections subaiguës ou chroniques qui passent inaperçues, où le chlamydiae joue un rôle important.

Dans notre série, toutes les patientes ont signalé des antécédents d'infection génitale à répétition le plus souvent due à chlamydiae. La stérilité tubaire, la procréation médicalement assistée (PMA) et les antécédents de GEU constituent également des facteurs de risque.

Les techniques d'AMP ont largement modifié le profil épidémiologique des grossesses hétérotopiques. En effet, certains facteurs spécifiques à l'AMP augmenteraient le risque de grossesse hétérotopique tels que : un taux important d'embryons transférés ou un transfert près d'une corne utérine [11]. Enfin, les antécédents de chirurgie sur l'abdomen ou le pelvis sont aussi évoqués [2, 3].

### Evolution et pronostic

L'évolution de la grossesse hétérotopique dépend du stade auquel le diagnostic est fait et de la précocité de la prise en charge [12]. Lorsque le diagnostic est posé précocement, l'évolution est généralement favorable. Trente à 75% des GIU évoluent à terme après traitement de la GEU [2, 3, 4, 6, 13, 14]. Les complications sont le fait d'un diagnostic tardif, souvent au stade de rupture comme ce fut le cas chez deux de nos patientes.

Elles sont souvent hémorragiques et infectieuses [15]. Généralement, la GIU évolue favorablement et la majorité des femmes accouche normalement à terme [2, 4, 6, 9, 10, 16, 17, 18].

BREYER [19] et DIALLO [2] rapportent respectivement un cas d'interruption volontaire de grossesse (IVG) et un cas de fausse couche

spontanée comme dans notre série où nous avons enregistré deux fausses couches spontanées.

### Prise en charge thérapeutique

Le traitement des grossesses hétérotopiques consiste à intervenir le plus précocement sur la GEU tout en essayant de respecter la grossesse intra-utérine, de préserver la fertilité ultérieure et de limiter les risques de récives.

Le traitement peut être médical ou chirurgical. Le traitement chirurgical sera au maximum conservateur par salpingotomie surtout chez les patientes suivies pour une infertilité. Il est habituellement coelioscopique ; la laparotomie est indiquée en cas d'instabilité hémodynamique ou d'hémopéritoine abondant, comme c'était le cas chez deux de nos patientes.

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 [6].

Lorsque la grossesse intra-utérine est évolutive, comme c'était le cas chez notre première patiente, la tocolyse et le traitement hormonal constituent des moyens thérapeutiques supplémentaires [2, 6].

### Conclusion

La grossesse hétérotopique n'est pas rare. Dans les pays développés, sa fréquence a augmenté avec l'apparition des techniques de procréation médicalement assistée. Au Sénégal, entre 1994 et 2009, nous avons noté une baisse relative de la fréquence de ce phénomène. Cependant, cette association doit toujours être recherchée devant des métrorragies du premier trimestre avec une masse annexielle, malgré l'existence d'une grossesse intra-utérine, d'autant plus qu'il existe des facteurs de GEU. Son diagnostic est difficile, notamment dans notre contexte où les patientes consultent assez tardivement. Le pronostic de la grossesse intra-utérine dépend de la précocité du diagnostic et de la prise en charge.

### Références

- BRIGHT DA, GAUPP FB.** Heterotopic pregnancy : a reevaluation. *J Am Board Fam Pract* 1990 ; 3 : 125-8.
- DIALLO D, AUBARD Y, PIVER P, BAUDET JH.** Heterotopic pregnancy : a report of 5 cases and review of the literature. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2000 ; 29 (2) : 131-41.
- LAGHZAOU BOUKAÏDI M, BOUHYA S, SEFRIOUI O, BENNANI O, HERMAS S, ADERDOUR M.** Grossesses hétérotopiques : à propos de huit cas. *Gynecol Obstet Fertil* 2002 ; 30 : 218-23.
- KORKONTZELOS I, ANTONIOU N, STEFOS T, KYPAROS, LYKOUDES S.** Ruptured heterotopic pregnancy with successful obstetrical outcome : a case report and review of the literature. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2005 ; 32 (3) : 203-6.
- FRANKE C, ROHRBORN A, THIELE H, GLATZ J.** Combined intrauterine and extra-uterine gestation. *Arch Gynecol Obstet* 2001 ; 265 : 51.
- RABBANI I, POLSON DW.** Heterotopic pregnancy is not rare. A case report and literature review. *J Obstet Gynaecol* 2005 ; 25 (2) : 204-5.
- BAMBARA M, DAO B, TOURE B, OUEDRAOGO D, KOALAGA P.A, KONE B.** Grossesses hétérotopiques : à propos de trois cas. *Louvain Med* 121 : 383-387, 2002.
- DIALLO D, DIOP F, SECK M.D, NDIAYE P.A, RUPARI L, MENDES V, DIADHIOU F.** L'association grossesse intra utérine et extra utérine : à propos de deux cas, à la clinique gynécologique et obstétricale. *Dakar Med* 39 : 165-168, 1994.
- AMAGADA JO, VINE SJ.** Spontaneous heterotopic pregnancy remains a diagnostic enigma. *J Obstet Gynaecol* 2005 ; 25 (1) : 72-3.
- STRELEC M, DMITROVIC R, SIMUNIC V.** Heterotopic triplet pregnancy with laparoscopic resection of the ruptured tube at 10 weeks of gestation. *Eur*

*J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004 ; 117 (1) : 117-8.

- SENTILHES L, BOUET PE, GROMEZ A, POILBLANC M, LEFEBVRE-LACOEUILLE C, DESCAMPS P.** Successful expectant management for a cornual heterotopic pregnancy. *Fertil Steril* 2009 ; 91 : 934, e11-3.
- BHARADWAJ P, ERSKINE K.** Heterotopic pregnancy : still a diagnostic dilemma. *J Obstet Gynaecol* 2005 ; 25 (7) : 720-2.
- 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.
- BORNSTEIN E, BERG R, SANTOS R, MONTEAGUDO A, TIMOR-TRITSCH IE.** Term singleton pregnancy after conservative management of a complicated triplet gestation including a heterotopic conjoined monozygotic twin pair. *J Ultrasound Med* 2011 ; 30 (6) : 865-7.
- HABANA A, DOKRAS A, GIRALDO JL, JONES EE.** Cornual heterotopic pregnancy : contemporary management options. *Am J Obstet Gynecol* 2000 ; 182 : 1264.
- CHIN HY, CHEN FP, WANG CJ, SHUI LT, LIU YH, SOONG YK.** Heterotopic pregnancy after in vitro fertilization-embryo transfer. *Int J Gynecol Obstet* 2004 ; 86 (3) : 411-6.
- AL-MOSAWI A, AYYASH E, HAYAT S, ASFAR S.** Ruptured extra uterine gestation in heterotopic pregnancy. *Ann Saudi Med* 2005 ; 25 (5) : 413-4.
- 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.
- BREYER MJ, CONSTANTINO MD.** Heterotopic gestation: another possibility for the bedside ultrasonographer to consider. *J Emerg Med* 2004 ; 26 (1) : 81-4.