

LA GROSSESSE ABDOMINALE

H.Z. RABARIJAONA*, J.P. RAKOTOVAO**, M.J.M. RAKOTORAHALAHY***, J.M. RANDRIAMIARANA****

RESUME

Deux facteurs rendent la grossesse abdominale fréquente dans les pays sous-développés : l'incidence élevée de l'infection génitale et l'insuffisance de suivi de la grossesse.

Dans notre cas, la grossesse abdominale est primitive et due à l'implantation de l'œuf dans la cavité péritonéale par retard de captation ovulaire. Le diagnostic évoqué devant la présence de douleurs abdominales synchrones aux mouvements fœtaux, le fœtus très superficiel palpable sous la peau et l'utérus augmenté de volume mais de façon non proportionnelle à l'âge présumé de la grossesse, est confirmé par l'échographie.

Une intervention chirurgicale est réalisée sous anesthésie générale chez cette femme enceinte à 34 semaines d'aménorrhée dont le fœtus est théoriquement viable en respectant rigoureusement les précautions de l'anesthésie générale de l'opération césarienne. L'ovariectomie emportant la totalité du placenta rend les suites opératoires maternelles simples. La fragilité fœtale, la polymalformation et la dépression anesthésique concourent à l'échec de la réanimation du nouveau-né.

Mots clés : *Grossesse abdominale, anesthésie, réanimation néonatale.*

SUMMARY

Abdominal pregnancy

In developing countries, two factors explain the frequency of abdominal pregnancy : high genital infection incidence and the poor pregnancy follow-up.

In our case, initial abdominal pregnancy is due to the egg implantation inside the peritoneal cavity because of the late ovule capture. Ultrasound affirms the diagnosis presumed considering the abdominal pains synchronous with foetal movements, foetus directly under the parietal and the lower size of the uterus than last period

* Anesthésiste-Réanimateur, Service de Réanimation polyvalente - Urgences CHR Tuléar.

** Gynéco-obstétricien, Service maternité CHR Tuléar.

*** Anesthésiste-Réanimateur, Service de Réanimation polyvalente -

dates would suggest.

General anaesthesia surgery is performed for this case of 34 weeks pregnancies with living foetus. All considerations are respected for general anaesthesia caesarean section. Left ovary where the placenta is implanted is removed therefore the post-maternal surgery period is simple. Neonatal resuscitation aborted due to anaesthesia respiratory depression and foetus polymalformation and fragility.

Key words : *Abdominal pregnancy, anaesthesia, neonatal resuscitation.*

INTRODUCTION

La grossesse abdominale, une entité dans les grossesses extra-utérines, qui se définit comme le développement de l'œuf au-delà du cinquième mois dans la cavité péritonéale (1), est l'apanage des pays à niveau socio-économique bas et peu médicalisés. Avec ce cas vu dans notre hôpital, nous proposons de faire des mises au point sur ce sujet.

OBSERVATION

Madame H... , 28 ans, 2ème geste, un enfant vivant, est adressée par un autre établissement périphérique au Centre Hospitalier Régional (CHR) de Tuléar pour douleurs abdominales diffuses synchrones aux mouvements fœtaux chez une femme enceinte à 34 semaines d'aménorrhée.

Les antécédents gynéco-obstétricaux ne révèlent rien de particulier.

L'examen montre une femme anémique, dénutrie (36 Kg pour 151 cm). Le fœtus aux bruits cardiaques présents est palpable sous la peau. Le toucher vaginal montre un col antérieur et un utérus augmenté de volume, mais de façon non proportionnelle à l'âge présumé de la grossesse.

L'échographie révèle :

- un utérus augmenté de volume mais vide,

Urgences CHR Fianarantsoa

**** Professeur titulaire d'Anesthésie-Réanimation à la faculté de Médecine de Tananarive, Service Réanimation 1 - CRU-HJRA Tananarive.

- un fœtus polymalformé (tête, thorax,) avec battements cardiaques dans la cavité abdominale.

La biologie est normale, mise à part la confirmation de l'anémie : hémocrite 32 % avec un nombre de globules rouges à 31.10^5 rmm^{-3} .

Une anesthésie générale sous surveillance continue de la pression artérielle, de l'électrocardiogramme et de la saturation en oxygène est réalisée sur une patiente inclinée à 15 degrés à gauche par rapport au plan horizontal de la table après une pré-oxygénation avec :

- une induction rapide avec 200 mg de thiopental 2 % et 3 mg de Norcuron[®],
- une intubation oro-trachéale avec une sonde numéro 7,
- une ventilation contrôlée avec une FIO₂ à 30 %,
- un apport d'halothane à 0,5% coupé juste avant de toucher les enveloppes fœtales.

Après clampage du cordon ombilical, on approfondit l'anesthésie avec de l'halothane et de la péthidine Dolosal[®].

La laparotomie médiane sous ombilicale permet de tomber directement sur le fœtus baignant dans un oligo-amnios puisque les enveloppes sont adhérentes au péritoine pariétal antérieur.

L'extraction podalique permet d'avoir un fœtus de sexe masculin pesant 1,950 kg en état de mort apparente (Apgar avec bradycardie à 84 nm^{-1}) et poly-malformé (tête et thorax aplatis, torticolis congénital droit, pieds bots varus equins). La réanimation cardio-respiratoire est instituée immédiatement après aspiration bucco-pharyngée :

- intubation oro-trachéale avec une sonde 2,5,
- ventilation à l'ambu,
- massage cardiaque externe,
- cathétérisme ombilical (18 G),
- injection de 4 ml de sérum bicarbonaté à 14 %, 4 ml de sérum glucosé 10 %, 4 ml de gluconate de calcium à M1 et M15.

L'Apgar du fœtus étant encore à 2 à la 20ème minute, on décide d'arrêter la réanimation.

Le placenta s'insérant dans son entier sur l'ovaire gauche, on réalise :

- une ovariectomie gauche,
- un contrôle de l'hémostase,
- et un drainage du Douglas.

La suite opératoire maternelle est simple, la patiente sort de l'hôpital au 15ème jour post-opératoire.

A cause du refus parental, l'autopsie du fœtus n'a pu être faite.

DISCUSSIONS

Fréquence

La fréquence de la grossesse abdominale varie d'un pays à l'autre. Deux facteurs dépendant du niveau socio-économique du pays semblent l'influencer profondément : l'incidence de l'infection génitale et l'insuffisance de suivi de la grossesse.

La grossesse abdominale est exceptionnelle dans les pays riches entre 1/7.000 à 1/15.000 accouchements (1). Par contre, elle est fréquente dans les pays du tiers-monde et évaluée à 1/1134 en Afrique du sud (2) et à 1/2583 à Dakar (3).

Chez nous, il n'y a pas encore une étude exhaustive permettant d'évoquer sa fréquence dans le pays.

Physiopathologie

Selon les mécanismes physiopathologiques (4, 5, 6, 7), les grossesses abdominales sont divisées en 2 groupes :

- Les grossesses abdominales secondaires qui sont les plus fréquentes, résultant soit d'un avortement tubo-abdominal soit d'une rupture de grossesse tubaire soit de la migration d'une grossesse intra-utérine au travers d'une brèche d'hystérectomie ou de perforation utérine, ou d'une corne rudimentaire.
- Les grossesses abdominales primitives dues à l'implantation de l'œuf dans la cavité péritonéale par retard de captation ovulaire.

Nous classons notre cas dans ce dernier groupe puisqu'il n'y a pas eu pendant la grossesse de notion d'hémorragie génitale qu'on pourrait étiqueter de secondaire à un avortement tubo-abdominal et que le corps utérin et les trompes sont intacts et normaux.

Diagnostic

Un groupe de signes permet d'orienter le diagnostic vers une grossesse abdominale (8) :

- les troubles digestifs : nausée, vomissement, constipation, subocclusion,

- les douleurs abdomino-pelviennes concomitantes aux mouvements fœtaux avec ou sans métrorragies,
- l'anémie avec altération de l'état général,
- un fœtus très superficiel souvent en position atypique, transversale haute. On peut palper une deuxième masse pelvienne correspondant à l'utérus augmenté de volume mais vide.
- au toucher vaginal, le col est souvent fixé sous la symphyse pubienne, il est dur et long,
- parfois le tableau est dominé par une complication évolutive à type d'hémorragie interne ou extériorisée, d'anémie, d'ictère, d'oligurie, de syndrome toxi-infectieux.

La plupart de ces signes sont présents chez notre patiente.

L'échographie tient une place importante non seulement dans la confirmation du diagnostic (5, 8) en montrant un fœtus dans un sac gestationnel en dehors de l'utérus donc absence de paroi utérine entre le fœtus et la vessie mais aussi dans l'attitude thérapeutique à adopter en précisant l'inexistence ou non de battements cardiaques fœtaux et du siège de l'insertion aberrante du placenta.

Les autres examens radiologiques, comme l'examen tomodensitométrique et la résonance magnétique nucléaire, ne trouvent leurs indications que dans le cas où il est primordial de connaître les limites de l'insertion placentaire dans la cavité péritonéale ou en cas de doute diagnostique.

Exemple : association tumeur abdominale-grossesse (8)

Les examens biologiques montrent fréquemment une anémie et une augmentation du taux de l'alpha-fœto-protéine sérique maternelle (8).

Traitement

L'attitude thérapeutique est toujours une sanction chirurgicale, mais il est primordial de répondre à 2 questions.

Quand faut-il intervenir ?

La décision est prise en considérant la viabilité du fœtus et les risques encourus par la mère.

Devant un fœtus mort in utero

Pour ne pas exposer la mère aux risques infectieux et aux troubles de la coagulation, une intervention réglée est

indiquée. Mais quelques auteurs (5, 9) proposent par contre d'attendre quelques semaines avant d'intervenir pour que l'involution placentaire diminue le risque d'hémorragie per-opératoire

Devant un fœtus vivant in utero

Le surfactant composé surtout par la lécithine qui empêche le collapsus des alvéoles pulmonaires lors de l'expiration est sécrété dès la 22ème semaine de la gestation par les pneumocytes II. Sa synthèse augmente progressivement jusqu'à terme et atteint un niveau permettant aux poumons d'être prêts pour la respiration vers la 26-28ème semaine (10). Devant un fœtus d'âge inférieur à 28 semaines, l'extraction est à différer avec le risque de mort fœtale par altération de la vascularisation placentaire. Cette maturation pulmonaire peut être accélérée par l'administration de glucocorticoïdes chez la mère et elle est appréciée par le rapport lecithine/sphingomyéline du liquide amniotique. Selon STEWARD (10) pour ne pas mettre en péril la viabilité fœtale, il est primordial d'éviter l'hypoxie, l'hyperoxie, l'acidose et l'hypothermie du fœtus in utero qui dépriment la synthèse du surfactant.

Si le fœtus est viable : plus de 28 semaines (notre cas) l'intervention doit être effectuée en urgence (8, 11). A nos yeux, 3 causes concourent à l'échec de la réanimation néonatale dans notre cas :

- la fragilité fœtale secondaire à la mauvaise circulation placentaire, à l'oligo-amnios et à la prématurité,
- la poly-malformation : la malformation du système nerveux central et la déformation thoracique majeure,
- et la dépression anesthésique. Elle n'est pas à écarter même si nous avons pris les précautions rigoureuses proposées pour l'anesthésie générale de l'opération césarienne (12) dans un but de préserver la vascularisation fœto-maternelle avant le clampage du cordon et en limitant au maximum le passage des drogues anesthésiques vers le fœtus.

Qu'est-ce-qu'on fait du placenta ?

La décision dépend de l'inventaire des insertions du placenta. A cause du risque d'hémorragie des insertions du placenta. A cause du risque d'hémorragie incontrôlable, toutes tentatives d'extirpation sont formellement interdites si le placenta s'insère sur un organe noble ou sur un vaisseau (7, 8, 11).

L'attitude est de laisser en place le placenta en coupant au ras possible le cordon et en surveillant rigoureusement la parturiente en post-opératoire dans le but de dépister les complications (fistule, péritonite, abcès, hémorragie secondaire, occlusion intestinale). La résorption spontanée de ce placenta « in situ » est à contrôler par l'échographie et le dosage des hormones placentaires (13) ; elle s'effectue en 2 phases : une très lente, jusqu'à la 10ème semaine suivie d'une plus rapide qui pourrait aller jusqu'à 3 ans (14).

Dans le but d'accélérer la résorption du placenta, certains proposent l'utilisation d'antimitotique (Méthotrexate) qui est source de discussion à cause de sa toxicité et de son incapacité à éviter les complications suscitées (8, 11). Dans notre cas, l'ovariectomie amène avec elle la totalité du placenta.

Pronostic

Le pronostic fœtal est sombre avec une mortalité située entre 75 % et 95 % (5) due à la vascularisation déficiente du placenta (vieillesse précoce) à l'hypertrophie et aux

malformations fœtales (1).

Quant au pronostic maternel, il dépend du retard de diagnostic et de l'attitude prise vis-à-vis du placenta ; selon HAINAUT (9) la mortalité maternelle varie de 0 à 18 %.

CONCLUSION

La grossesse abdominale, une pathologie rare, est l'apanage des communautés à niveau socio-économique bas. L'association de plusieurs signes permet de la suspecter, mais la confirmation diagnostique est donnée par l'échographie. Le traitement est toujours chirurgical. Le fœtus est viable théoriquement à partir de la 28ème semaine : atteindre cet âge pour intervenir.

Quatre états du fœtus in utero peuvent mettre en péril cette viabilité : l'hypoxie, l'hyperoxie, l'acidose et l'hypothermie en déprimant la synthèse de surfactant. Le pronostic de la mère dépend du retard de diagnostic et de l'attitude prise vis-à-vis du placenta.

Celui du fœtus est sombre malgré une réanimation néonatale bien conduite à cause de la fragilité fœtale, de la polymalformation et de la dépression anesthésique.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - POIZAT R., LEWIN F.
Grossesse extra-utérine après le 5ème mois.
Encycl. Méd. Chir., Obstétrique, 5069 D10, 5-1982.
- 2 - SANTOS-DIAZ A.
Advanced abdominal pregnancy : three cases with a review of the literature.
S. Afr. Med. 1971, 69 : 297-307.
- 3 - CORREA P., ATAYI L., CAVE L., LAUROY J., BOURGOIN R.
Quelques aspects particuliers de la grossesse abdominale.
Bull. Soc. Méd. Afri. noire Lgue Frse 1978, 23 : 61-69.
- 4 - BOUZID F., MOUNIAL E.
Diagnostic précoce d'une grossesse dans une corne rudimentaire.
Gynécol. Biol. Reprod. 1992, 21 : 263-264.
- 5 - SFAR E., KAABAR H., MARRAKECHI O., ZOUARI F., CHELLI H., KHAROUF M., CHELLI M.
La grossesse abdominale, entité anatomo-clinique rare. A propos de 4 cas (1981-1990).
Rev. Fr. Gynécol. Obstétr. 1993, 88 : 261-265.
- 6 - CETIN M.T., ARIDOGAN N. COSKUN A.
La grossesse abdominale. A propos de six cas personnels.
Rev. Fr. Gynécol. Obstétr. 1992, 87 : 76-78.
- 7 - AKPADZA K., BAETA S., OUREYA H., WOZUFIA F., HDDONOU AKS.
Grossesse abdominale et grossesse intra-utérine simultanées à terme avec enfants vivants : un cas.
Rev. Fr. Gynécol. Obstétr. 1996, 91 : 322-324.
- 8 - BOUZID F., CELLAMI D., BAATI S., CHAABOUNI M., TRIKI J., LAMINE L., REKIKI S.
La grossesse abdominale.
Rev. Fr. Gynécol. Obstétr. 1996, 91 : 616-618.
- 9 - HAINAUT F., MAYENGA J.M., CRIMAIL Ph.
La grossesse abdominale tardive. A propos d'un cas.
Rev. Fr. Gynécol. Obstétr. 1991, 86 : 522-528.
- 10 - STEWARD D.J.
Manual of pediatric anesthesia. New York. Churchill Livingstone. 4e édition, 1995, 16-22.
- 11 - DIOUF A., DIOUF F., CISSE CT., DIALLO D., GAYE A., DIADHIOU F.
La grossesse abdominale à terme avec enfant vivant. A propos de 2 observations.
J. Gynécol. Biol. Reprod. 1996, 25 : 212-215.
- 12 - MORGAN M.
General Anaesthesia for caesarean Section In : MORGAN M.B. eds.
Foundations of Obstetric Anaesthesia. London : Farrand Press, 1987, 93-109.
- 13 - JAMES M., MARTIN J.R.
Abdominal pregnancy current concepts of management.
Obstetrics and Gynecology, 1988, 71 : 549-557.
- 14 - BELFAR H.
Long term follow-up after removal of abdominal pregnancy
J. Ultrasound Méd. 1986, 5 : 521-523.