

PRISE EN CHARGE COELIOSCOPIQUE DE GROSSESSES HÉTÉROTOPIQUES : À PROPOS DE DEUX CAS AU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL DE DALAL JAMM

N.R. SALL, M. BEN CHAFFI, I. GAYE, M.T. NDIAYE,
M.D. NDIAYE GUEYE, P.M. MOREIRA

RESUME

La grossesse hétérotopique est une pathologie rare mais grave du fait de l'impact péjoratif sur le pronostic maternel et l'évolutivité de la grossesse intra-utérine en cas de retard au diagnostic. Sa prise en charge constitue un challenge, en effet le traitement de la grossesse extra-utérine doit permettre de préserver celle intra-utérine. La voie coelioscopique permet une prise en charge efficace en réduisant les complications. Nous rapportons une série de deux cas cliniques de grossesses hétérotopiques tubaires prises en charge par voie coelioscopique en urgence au Centre Hospitalier National Dalal Jamm à Dakar. L'échographie pelvienne nous a permis de poser le diagnostic en préopératoire. Le temps d'intervention était inférieur à 60 minutes et les suites opératoires ont été simples. Les deux patientes ont accouché à terme par voie basse de nouveau-né bien portant. L'abord coelioscopique est la voie à privilégier pour la prise en charge chirurgicale des grossesses hétérotopiques afin de réduire la morbi-mortalité opératoire.

Mots-clés : Grossesse hétérotopique; Coelioscopie; Urgence gynécologique.

SUMMARY

Laparoscopic management of heterotopic pregnancies: about two cases at Dalal Jamm National Hospital

Heterotopic pregnancy is a rare but serious pathology due to the negative impact on maternal prognosis. The delay in diagnosis impacts the prognostic of the intrauterine pregnancy. Laparoscopic surgery allows an effective approach and reduce complications. We report a serie of two cases of heterotopic pregnancy diagnosed and treated at the Dalal Jamm National Hospital Center in Dakar. Pelvic ultrasound allowed us to make the diagnosis preoperatively in both cases. The surgery time was less than one hour and no major complications was diagnosed. Both patients delivered a healthy newborn at full term. Laparoscopic surgery is the gold standard for surgical approach of heterotopic pregnancy. .

Keywords: Heterotopic pregnancy; Laparoscopic surgery; Gynecological emergency.

INTRODUCTION

La grossesse hétérotopique est une entité clinique exceptionnelle et de diagnostic souvent tardif du fait de la cohabitation d'une grossesse extra-utérine avec une grossesse intra-utérine évolutive [1]. Le développement des techniques d'aide médicale à la procréation entraîne une augmentation de la prévalence des grossesses hétérotopiques entre 1 et 3 % [2,3]. L'amélioration de l'accessibilité et des performances de l'échographie pelvienne permet un diagnostic plus précoce en cas de douleurs pelviennes en cours de grossesse [4]. Le diagnostic précoce d'une grossesse

hétérotopique nous impose d'avoir une prise en charge moins invasive. La voie coelioscopique est depuis deux décennies la référence pour la prise en charge chirurgicale des grossesses extra-utérines [5,6]. La faisabilité et la sécurité de la coelioscopie en cours de grossesse ont été démontrées pour la prise en charge de pathologies annexielles mais aussi de pathologies digestives. Cependant dans notre contexte d'exercice, la réalisation de cet acte en urgence demeure rare. Nous rapportons deux cas de grossesses hétérotopiques prises en charge en urgence par voie coelioscopique au sein du Centre Hospitalier National Dalal Jamm à Dakar (CHNDJ).

Tirés à part : Ndèye Racky SALL, Département de Gynécologie-Obstétrique, Centre Hospitalier National Dalal Jamm, Sénégal.
Email : nrackysall@gmail.com.

SALL N.R., BEN CHAFFI M., GAYE I., NDIAYE M.T., NDIAYE GUEYE M.D., 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, vol.26, n°1, p. 67-70.

I. PRÉSENTATION DES OBSERVATIONS

Observation 1

Patiente de 31 ans, quatrième geste, sixième pare avec des antécédents de 3 grossesses gémellaires spontanées, sans antécédent médical ni chirurgical particuliers. Elle a été admise dans le service de gynécologie-obstétrique du CHNDJ en Avril 2022.

A son admission, la patiente rapportait une douleur de la fosse iliaque droite à type de coup de poignard, évoluant depuis 48 heures accompagnée de métrorragies minimales à 9 semaines d'aménorrhées (SA). L'examen clinique retrouvait des constantes hémodynamiques stables, la palpation abdominale retrouvait une défense en fosse iliaque droite. Le taux d'hémoglobine était à 11,5 g/dL.

L'échographie pelvienne par voie endovaginale avait confirmé la présence d'une grossesse mono embryonnaire intra-utérine évolutive de 9 SA et 5 jours avec une longueur cranio-caudale (LCC) de 28.7mm ainsi qu'une image latéro-vésicale droite de 48 x 24mm de diamètre (Figure 1, Figure 2).



Figure 1 : Echographie abdominale objectivant une grossesse mono embryonnaire intra-utérine évolutive de 9 SA + 5 jours. Mise en évidence par un cercle rouge, d'une image latéro-utérine droite. Flèche noire indiquant le haut, flèche rouge indiquant la droite

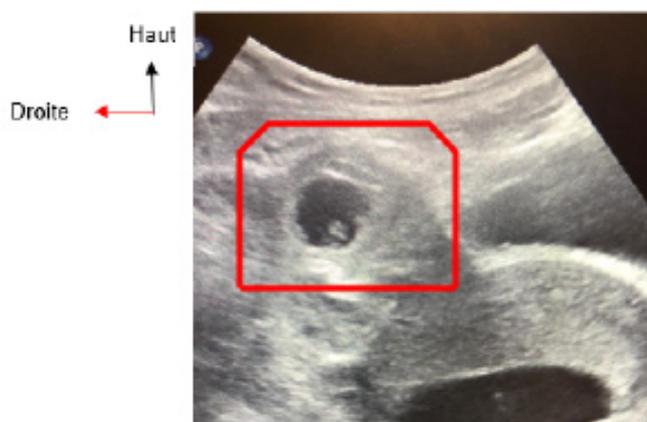


Figure 2 : Echographie endovaginale objectivant, en encadré rouge, une image annexielle droite embryonnée. Flèche noire indiquant le haut, flèche rouge indiquant la droite

Une coelioscopie opératoire a été réalisée. Création du pneumopéritoine à l'aiguille de Veress après une incision sous ombilicale. La pression d'insufflation initiale était de 15 millimètres de mercure (mmHg) puis abaissée à 10mmHg après l'introduction des trocarts. Deux trocarts opérateurs ont été nécessaires, un en sus-pubien et un en fosse iliaque gauche.

L'exploration avait permis de confirmer la grossesse extra utérine (GEU) rompue et fixée en position latéro-utérine droite avec un hémopéritoine d'environ 300 millilitres (Figure 3). L'annexe contro-latérale était saine et l'utérus globuleux. Une salpingectomie antérograde droite a été réalisée.

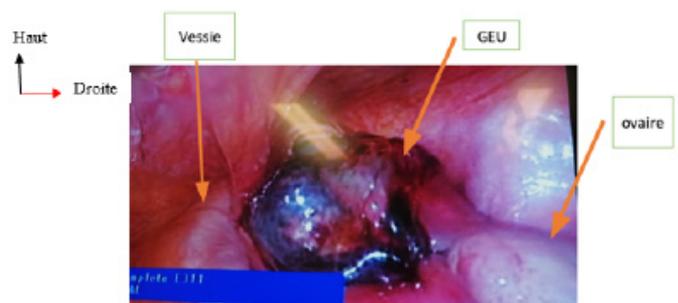


Figure 3 : Grossesse extra-utérine droite interstitielle rompue. Flèche noire indiquant le haut, flèche rouge indiquant la droite. Encadré vert et flèche orange indiquant les différentes structures

Le temps d'intervention était de 45 minutes. Les suites opératoires étaient simples. La patiente était sortie d'hospitalisation 48 heures après l'intervention.

Une supplémentation par voie vaginale en progestérone a été instaurée pour 3 semaines. La patiente a accouché à 40 semaines d'aménorrhée par voie basse d'un nouveau-né pesant 4120 grammes.

Observation 2

Patiente de 26 ans, primigeste, sans antécédent médical ni chirurgical particulier, admise en Juillet 2022 sur un tableau de douleurs pelviennes associées à des métrorragies évoluant depuis 48 heures à 9 SA. L'examen clinique retrouvait des constantes hémodynamiques stables, et la palpation abdominale une sensibilité de la fosse iliaque droite. Le taux d'hémoglobine était à 11,9 g/dl.

L'échographie endovaginale montrait une grossesse mono embryonnaire intra-utérine évolutive de 9 SA avec une LCC de 24 mm, associée à une image hétérogène latéro-utérine droite de 51 mm x 38 mm et un épanchement de moyenne abondance dans le cul de sac de Douglas. Le protocole opératoire était le même que pour la première patiente.

L'exploration a mis en évidence un hémopéritoine de 200 millilitres, l'utérus était augmenté de volume, et la grossesse extra utérine était droite rompue.

Une salpingectomie droite a été réalisée.

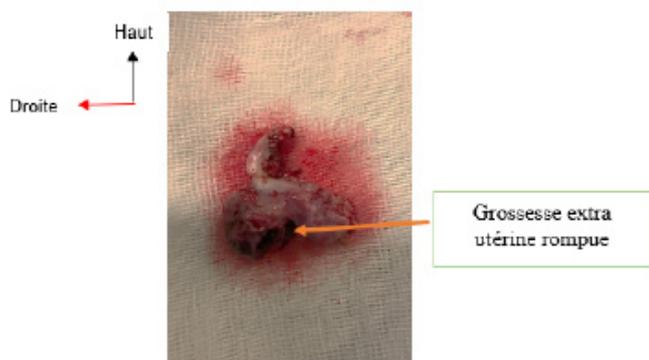


Figure 4 : Pièce opératoire, trompe droite avec une grossesse extra-utérine rompue. Encadré vert et flèche orange indiquant la grossesse extra-utérine rompue

Les suites opératoires étaient simples avec une sortie le lendemain de l'intervention. Une supplémentation par voie vaginale en progestérone a été prescrite jusqu'à 12 SA. La patiente a présenté une cystite à 7 jours de l'intervention, grade Clavien – Dindo à 1. La patiente a accouché par voie basse à 39 SA d'un nouveau-né pesant 2800 grammes.

II. DISCUSSION

Nous rapportons deux cas de grossesses hétérotopiques spontanées. L'incidence des grossesses hétérotopiques spontanées est estimée à 1 cas sur 30.000 grossesses [1]. Nous avons pris en charge deux patientes pour cette indication dans notre série du fait de la possibilité dans notre structure de réaliser les coelioscopies en urgence. Les grossesses extra-utérines tubaires ont été diagnostiquées par échographie dans la neuvième semaine d'aménorrhée et confirmés lors de l'exploration coelioscopique. Une salpingectomie antérograde a été réalisée dans les deux cas avec des suites opératoires simples. Les deux patientes ont accouché à terme de nouveau-nés bien portants. Les grossesses hétérotopiques sont une entité clinique rare et leur incidence augmente en cas de recours à une procréation médicalement assistée [3]. Le diagnostic est souvent difficile du fait de signes cliniques non spécifiques, le taux des bêta-HCG n'a pas de valeur prédictive vu la coexistence avec la grossesse intra-utérine. Dans notre série, le diagnostic échographique a été suspecté par les gynécologues en formation et confirmé par le gynécologue sénior. La confirmation du diagnostic en pré-opératoire nous a permis d'adapter au mieux notre prise en charge. L'échographie pelvienne est le principal examen paraclinique qui permet de poser le diagnostic et ce, dans moins de la moitié des cas [7].

Une série rétrospective de tous les cas de coelioscopie réalisés chez des patientes en cours de grossesse intra-utérine évolutive au CHU de Clermont-Ferrand, retrouvait 2 cas de grossesses hétérotopiques sur les 34 patientes opérées sur une période de 6 ans. La technique d'open coelioscopie a été utilisée pour 35 % des interventions dans leur série, pour nos patientes nous avons opté pour l'utilisation de l'aiguille de Veress avec une incision sous ombilicale vu le terme précoce, mais aussi l'indisponibilité de trocart d'open coelioscopique [8]. De plus, Collinet et al. à travers une revue de la littérature ont confirmé la faisabilité et la sécurité de l'abord coelioscopique en cours de grossesse. A partir du deuxième trimestre de grossesse, la création du pneumopéritoine se fera par deux techniques préférentielles, soit une technique d'open coelioscopie ou un abord en hypochondre gauche [9].

L'abord coelioscopique a permis de réduire la durée d'hospitalisation comparée à la laparotomie et une réhabilitation précoce des patientes. Les patientes ont eu un lever précoce 6 heures après l'intervention et sont sorties d'hospitalisation entre 24 et 48 heures. D'après Dehghani et al. la réhabilitation précoce permet de réduire les douleurs post-opératoires et les complications thromboemboliques [10]. La voie coelioscopique a permis un temps d'intervention inférieur à 60 minutes pour les deux patientes et aucune n'a eu de thromboprophylaxie selon les recommandations de la société française d'anesthésie et réanimation. Ceci a permis une réduction des coûts et des contraintes pour les patientes [11].

En Afrique, Tchanchou et al. ont rapporté la plus importante série de patientes prises en charge par coelioscopie en cours de grossesse. 12 patientes avaient été opérées par coelioscopie en cours de grossesse, parmi lesquelles 9 patientes dans un contexte d'urgence à l'hôpital militaire de Libreville. Les pathologies annexielles à type de torsion étaient prédominantes et les suites opératoires ont été simples [12]. L'une des difficultés rencontrées est la faisabilité de l'endoscopie en urgence, en effet l'absence de disponibilité du matériel de coelioscopie ou du personnel formé est un frein à la réalisation en toute sécurité d'intervention en urgence. L'apport indiscutable de cet abord pour la prise en charge de nos patientes impose une amélioration des plateaux techniques et de la formation du personnel. La réalisation en urgence des endoscopies dans nos structures d'exercice est une avancée notable.

CONCLUSION

La prise en charge chirurgicale est la seule alternative thérapeutique en cas de grossesse hétérotopique à localisation tubaire. La voie coelioscopique doit être privilégiée afin de limiter les complications

maternelles et améliorer l'issue de la grossesse intra-utérine. Une meilleure organisation de notre système de soins permettra dans un premier temps d'adresser les patientes vers les structures équipées pour leur prise en charge. La vulgarisation de la formation aux techniques de chirurgie mini-invasive et l'équipement des structures permettra dans un second temps d'améliorer la prise en charge des patientes et réduire la morbi-mortalité .

Conflit d'intérêts : *Aucun.*

RÉFÉRENCES

1. **DeVoe RW, Pratt JH.** Simultaneous intrauterine and extrauterine pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* déc 1948;56(6):1119-26.
2. **Lautmann K, Staboulidou I, Wüstemann M, Günter H, Scharf A, Hillemanns P.** Heterotopic Pregnancy: Simultaneous Intrauterine and Ectopic Pregnancy Following IVF Treatment with the Birth of a Healthy Child. *Ultraschall Med - Eur J Ultrasound.* 10 oct 2007;30(01):71-3.
3. **Maleki A, Khalid N, Rajesh Patel C, El-Mahdi E.** The rising incidence of heterotopic pregnancy: Current perspectives and associations with in-vitro fertilization. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* nov 2021;266:138-44.
4. **Caruso M, Dell'Aversano Orabona G, Di Serafino M, Iacobellis F, Verde F, Grimaldi D,** et al. Role of Ultrasound in the Assessment and Differential Diagnosis of Pelvic Pain in Pregnancy. *Diagnostics.* 5 mars 2022;12(3):640.
5. **Cristalli B, Landowski P, Bouquet de Jolinière JB, Levardon M, Senèze J.** Intérêt et avantages de la coelochirurgie dans le traitement des grossesses extra-utérines [Value and advantages of laparoscopic surgery in the treatment of ectopic pregnancies]. *Ann Chir.* 1990;44(5):396-400.
6. **Dufour P, Gaubert P, Vinatier D, Bernardi C, Tiberghien B, Depret-Mosser S, Bouchart P, Monnier JC.** Celioscopic treatment of ectopic pregnancy. Results apropos of a series of 109 cases. *J Chir.* 1993;un-Jul;130(6-7):269-74.
7. **Boukaïdi ML, Bouhya S, Sefrioui O, Bennani O, Hermas S, Aderdour M.** Grossesses hétérotopiques : à propos de huit cas. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* 2002;30(3):218-23.
8. **Azuar AS, Bouillet-Dejou L, Jardon K, Lenglet Y, Canis M, Bolandard F,** et al. Coelioscopie en cours de grossesse : expérience du centre hospitalier universitaire (CHU) de Clermont-Ferrand. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* juill 2009;37(7-8):598-603.
9. **Collinet P, Ballester M, Fauconnier A, Deffieux X, Pierre F.** Les risques de la voie d'abord en coelioscopie. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* déc 2010;39(8):S123-35.
10. **Dehghani A, Hajibagheri A, Azizi-Fini I, Atoof F, Mousavi N.** Effect of an early mobilisation programme on pain intensity after laparoscopic surgery: a randomised clinical trial. *BMJ Support Palliat Care.* oct 2023;13(e1):e150-5.
- 11.S **amama CM, Albaladejo P, Laversin S, Marret E.** Prévention de la maladie thromboembolique veineuse périopératoire et obstétricale. *Ann Fr Anesth Réanimation.* août 2005;24(8):853-61.
12. **Tchantchou TDD, Ngou Mve Ngou JP, Lembet Mikolo AM, Bang Ntamack JA, Sima Ole, Mpiga E., Minko JI, Salami A, Mbang Ondo MC, Okoue R, Edjo Nkili G, Pither S.** Coelioscopie pour Pathologie Annexielle au cours de la Grossesse et Pronostic Materno-Foetal: Expérience de l'Hôpital Militaire de Libreville. *Health Sci Dis.* Vol 20 (6). déc 2019.