



JAIM

ISSN 1810-4959

Journal Africain
d'Imagerie Médicale

FAIT CLINIQUE / CASE REPORT

Diagnostic tardif d'une grossesse hétérotopique à trois mois de la naissance du frère jumeau: à propos d'un cas.

Late diagnosis of a heterotopic pregnancy three months after the birth of the twin brother: a case report

SANOGO Souleymane^{1*}, COULIBALY Pierre², BAGAYOGO Nango Seydou², TRAORE Djibril³, TRAORE Abdoulaye⁴, MARIKO Seydou², SAMASSEKOU Adama⁵, SIDIBE Hamidou¹, TRAORE Adama¹, KONARE Ibrahim Badjan¹, DEMBELE Soungalo¹, DIARRA Paul¹, SIDIBE Siaka⁶

1: Service de radiologie; Hôpital Sominé Dolo de Mopti, Mali

2: Service de gynécologie et obstétrique ; Hôpital Sominé Dolo de Mopti, Mali

3: Service de chirurgie; Hôpital Sominé Dolo de Mopti, Mali

4: Service de d'anesthésie et de réanimation; Hôpital Sominé Dolo de Mopti, Mali

5: Service des urgences; Hôpital Sominé Dolo de Mopti, Mali

6: Service de radiologie; Centre Hospitalier Universitaire du Point G à Bamako, Mali

Mots-clés :

Grossesse hétérotopique, diagnostic tardif, frère jumeau, Hôpital de Mopti.

Keywords:

Heterotopic pregnancy, late diagnosis, twin brother, Mopti Hospital

*Auteur

correspondant

Dr Souleymane SANOGO
Service de radiologie
Hôpital Sominé Dolo de
Mopti, Mali

Email: letjou123@gmail.com
ou ssoul123@yahoo.fr
Tél : 0022365281493

RÉSUMÉ

Nous rapportons un cas de grossesse hétérotopique diagnostiqué tardivement à trois mois de la naissance du frère jumeau au service de radiologie de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti. L'objectif était de décrire la contribution des moyens d'imagerie médicale dans la prise en charge de cette entité déroutante avec revue de la littérature. Il s'agissait d'une femme âgée de 30 ans, ménagère et originaire d'une zone rurale. Elle avait pour antécédents obstétricaux cinq gestations, cinq accouchements avec cinq enfants vivants. Elle avait accouché à domicile il y a trois mois environs d'un nouveau-né vivant eutrophique. Elle a consulté pour une masse abdominale accompagnée d'une douleur abdominale et d'une notion d'aménorrhée. Elle nous a été adressée le 27/07/2019 pour une échographie abdominopelvienne. L'examen échographique a objectivé un utérus vide et des structures osseuses intraabdominales. Un ASP a objectivé une radio-opacité occupant l'hémi abdomen inférieur renfermant des images calciques arciformes et des clartés. Une tomodynamométrie abdominopelvienne a confirmé la présence d'un fœtus putréfié dans la cavité abdominale. Une prise en charge médicochirurgicale a été faite avec évolution favorable. La grossesse hétérotopique spontanée est une entité rare dans notre milieu. Son diagnostic demeure difficile surtout dans notre contexte où la patiente a consulté tardivement avec un tableau clinique inhabituel. Devant une telle présentation clinique rare déroutante, les moyens d'exploration d'imagerie médicale sont incontournables dans le diagnostic notamment l'échographie et la tomodynamométrie dans notre milieu.

ABSTRACT

We report a case of heterotopic pregnancy diagnosed tardly at three months from the birth of the twin brother in the radiology department of Sominé Dolo Hospital in Mopti. The aim was to describe the contribution of medical imaging in the management of this confusing entity with review of the literature. It was a 30 year old woman, a housewife and from a rural area. She had

an obstetrical history of five pregnancies, five deliveries with five live children. She had given birth at home about three months ago with a living eutrophic newborn. She consulted for an abdominal mass accompanied by abdominal pain and a notion of amenorrhea. It was sent to us on 27/07/2019 for an abdominopelvic ultrasound. Ultrasound examination revealed an empty uterus and intraabdominal bone structures. An abdomen x-ray found a radiopacity occupying the lower hemi abdomen containing arciform calcified images and the gases. An abdominopelvic CT scan confirmed the presence of a putrefied fetus in the abdominal cavity. Medico-surgical management was done with favorable evolution. Spontaneous heterotopic pregnancy is a rare entity in our environment. Its diagnosis remains difficult especially in our context where the patient consulted late with an unusual clinical board. In front of such a confusing rare clinical presentation, the means of medical imaging exploration are essential in the diagnosis mostly ultrasound and CT scan in our environment.

1. Introduction

La grossesse hétérotopique encore appelée grossesse combinée est une grossesse rare. Il s'agit de grossesses gémellaires bi-ovulaires dont l'une des nidations se fait dans la cavité utérine et l'autre en situation ectopique [1].

La première description de grossesse hétérotopique fut faite en 1761 à la suite d'une autopsie, le second cas ne fut publié qu'un siècle plus tard [2].

C'est une pathologie souvent méconnue qui pose un problème diagnostique et qui peut entraver le pronostic vital de la femme [3].

Nous rapportons un cas de grossesse hétérotopique diagnostiqué tardivement à 3 mois de la naissance du frère jumeau au service de radiologie de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti. L'objectif était de décrire la contribution des moyens d'imagerie médicale dans la prise en charge de cette entité déroutante avec revue de la littérature.

2. Observation

Il s'agissait d'une femme âgée de 30 ans. Elle est ménagère et originaire d'une zone rurale avec des conditions socioéconomiques défavorables. Elle avait pour antécédents obstétricaux cinq gestations, cinq accouchements avec cinq enfants vivants. Elle avait accouché à domicile il y a trois mois environs d'un nouveau-né vivant eutrophique et sans anomalie (**Figure 1**).

Aucune échographie prénatale n'a été réalisée. Elle a été reçue pour une masse abdominale accompagnée d'une douleur abdominale et d'une notion d'aménorrhée.

L'examen physique a retrouvé une altération de l'état générale, une pâleur généralisée, une température à 38°C et une masse abdominale dure

et douloureuse à la palpation. Le reste de l'examen physique était sans particularité.



Figure 1: image photographique du frère jumeau normal à l'âge de 3 mois.

Le bilan biologique suivant a été réalisé. Le test de β HCG était négatif. La numération de formule sanguine a objectivé une anémie avec un taux d'hémoglobine à 2,7g. Le taux d'hématocrite était à 16%. Le taux des plaquettes à 593 giga/l. La sérologie Widal était positive et la goutte d'épaisse était à 120 trophozoïtes/l. Le taux de prothrombine (TP) était à 72,87% et le temps de la céphaline activée (TCA) à 1,47. Le groupe sanguin était O+.

Elle nous a été adressée le 27/07/2019 pour une échographie abdominopelvienne. L'examen échographique a objectivé un utérus de taille normal et vide, un excès gazeux intraabdominal, des structures osseuses associées à une image hyperéchogène avec des calcifications périphériques en rapport avec un placenta dans la cavité abdominale (**Figure 2**).

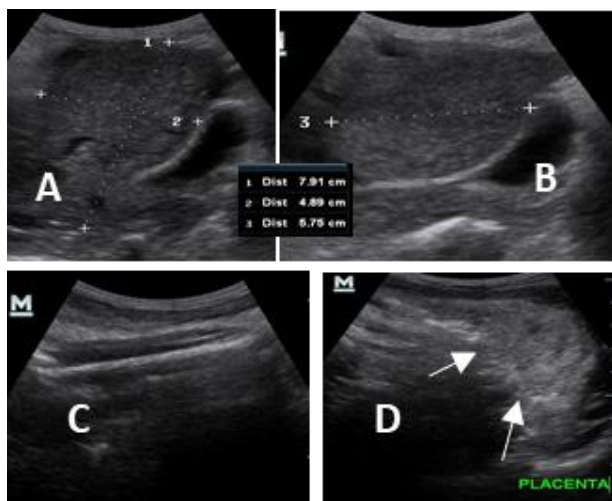


Figure 2: Images échographiques. A-B: coupes sagittale et transversale montrant l'utérus vide; l'image C montre un os long en dehors de la cavité utérine. D- Image échogène suggestive d'un placenta extra-utérin (flèche).

Une radiographie abdominale sans préparation (ASP) a mis en évidence une radio-opacité occupant l'hémi abdomen inférieur avec des images calciques arciformes et renfermant des clartés (**Figure 3A**).

Une radiographie thoracique de face debout a été réalisée à la recherche des complications notamment un croissant gazeux sous-diaphragmatique ou un foyer pleuropulmonaire (**figure 3B**). Elle était sans anomalie.

Le bilan radiologique a été complété par une tomодensitométrie abdominopelvienne réalisée sans injection de produit de contraste.

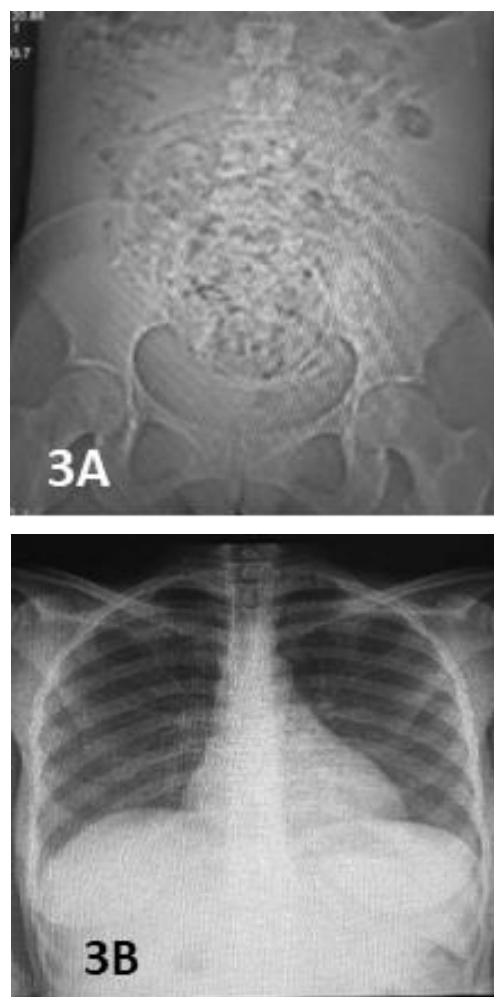


Figure 3: Images radiographiques. A- Radiographie de l'abdomen sans préparation montrant une opacité avec des calcifications arciformes et des bulles d'air. B- Radiographie thoracique de face normale

Cette exploration tomодensitométrie en coupes axiales avec des reconstructions sagittales et coronales a confirmé la présence des parties fœtales dans la cavité abdominale, en décomposition renfermant des gaz. Seules les structures osseuses étaient identifiables. Le placenta était vu dans la partie postérolatérale gauche sous forme d'une image en demi-lune avec calcification des deux bords et renfermant des gaz témoignant sa putréfaction. Il existait un liséré hyperdense en rapport avec une capsule entourant le fœtus putréfié et son placenta empêchant une dissémination péritonéale. L'utérus était vide et refoulé vers le bas et en avant (**Figure 4**).

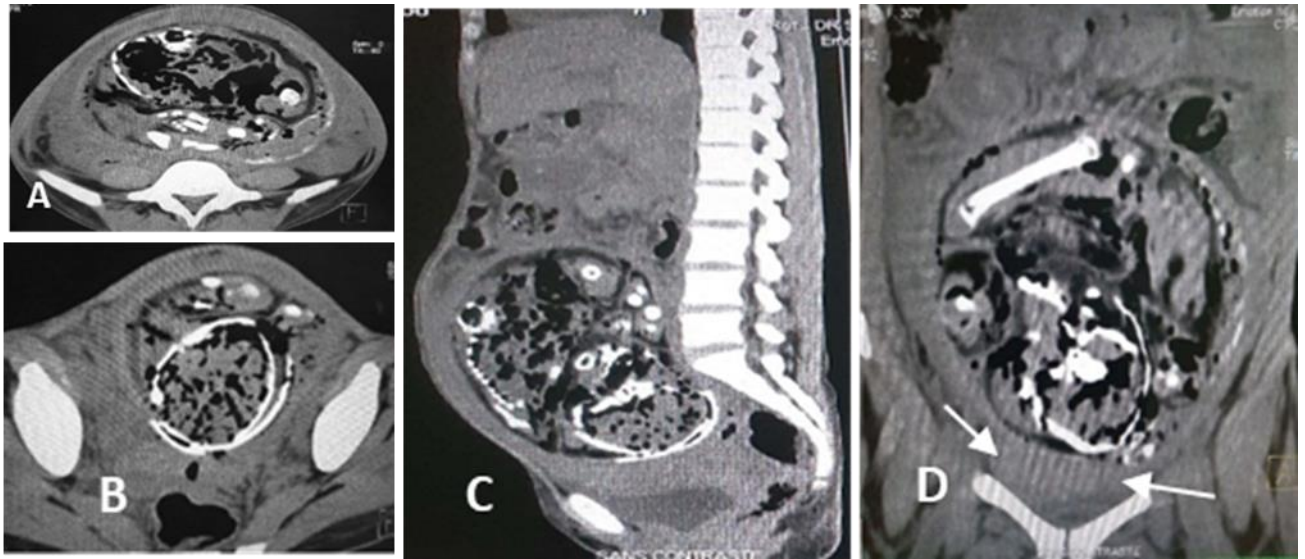


Figure 4: Images tomodensitométriques. Coupes axiales (A-B) et reconstructions sagittale (C) et coronale (D) montrant les parties fœtales renfermant des gaz. Utérus vide refoulé vers le bas et en avant (flèches).

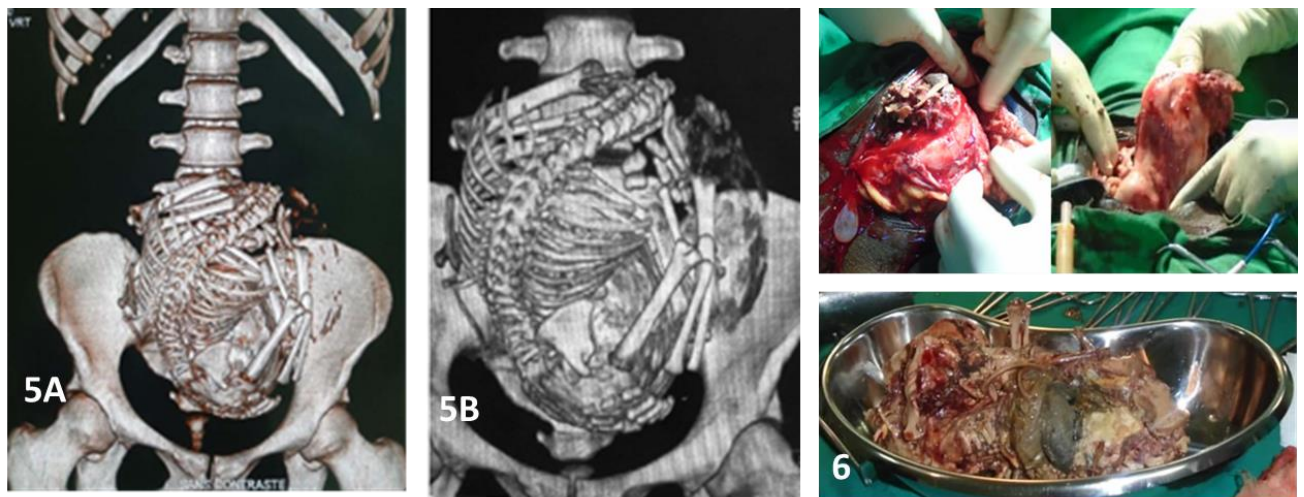


Figure 5: Images tomodensitométriques. Reconstructions en 3D VTR, vues de face objectivant le fœtus et le placenta

Figure 6: Images photographiques peropératoires illustrant les pièces fœtales.

Des reconstructions en 3D VTR ont objectivé avec précision les parties fœtales notamment le rachis, les os des membres supérieurs et inférieurs, les os de la cage thoracique et du crâne. Le fœtus occupait le grand bassin avec le pôle caudal jusqu'à hauteur de la vertèbre lombaire L3 (**Figure 5**). L'âge était compatible à celui d'une grossesse à terme. Il existait en plus une légère dilatation ureteropyelocalicielle au niveau des deux reins maternels

par compression. Le foie, la rate, le pancréas étaient sans particularité. Il n'y avait pas d'épanchement liquidien péritonéal.

Un traitement médical avec des transfusions sanguines ont permis de corriger le tableau d'anémie sévère et le tableau palustre. A deux semaines plus tard une prise en charge chirurgicale a été faite avec extraction du fœtus décomposé et putréfié (**Figure 6**). Les suites opératoires étaient simples.

3. Discussion

La grossesse hétérotopique encore appelée grossesse combinée est une grossesse rare. Il s'agit de grossesses gémellaires bi-ovulaires dont l'une des nidations se fait dans la cavité utérine et l'autre en situation ectopique [1].

C'est une pathologie souvent méconnue qui pose un problème diagnostique et qui peut entraver le pronostic vital de la femme [3].

La fréquence des grossesses hétérotopiques est variable selon les séries. Elle est de plus en plus fréquente du fait de l'augmentation des facteurs de risque de la grossesse extra-utérine (GEU) et surtout le développement de la fécondation in-vitro [3,4]. Notre patiente était à sa cinquième geste sans antécédents d'une reproduction médicalement assistée.

La grossesse hétérotopique ou ditopique est une forme particulière de grossesse gémellaire. Plusieurs théories sont évoquées dans sa physiopathologie [5].

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) [5].

Les causes tubaires qui sont communes à toutes les grossesses extra-utérines (GEU), mécaniques ou fonctionnelles et 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 [2,5].

L'effraction secondaire d'un des deux 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 [5,6].

La grossesse abdominale due à l'implantation de l'œuf dans la cavité péritonéale par retard de captation ovulaire [7] pourrait être la théorie probable chez notre cas.

Le diagnostic clinique d'une grossesse hétérotopique n'est pas aisé. La clinique est variable en fonction du stade du diagnostic et des signes prédominants ceux de la grossesse intra-utérine ou ceux de l'extra-utérine [4]. Le tableau clinique de notre patiente était trompeur du fait de l'accouchement du frère jumeau qui était en intra-utérin. En plus il s'agissait d'un accouchement à domicile sans assistance médicale.

Le diagnostic repose fondamentalement sur les moyens d'imagerie médicale. L'examen de première intention est l'échographie qui permet de poser le diagnostic des deux grossesses en précisant la vitalité de la grossesse intra-utérine et le siège de la grossesse extra-utérine [4].

Le développement d'une grossesse extra-utérine au-delà du cinquième mois dans la cavité péritonéale, est l'apanage des pays à niveau socio-économique bas et peu médicalisés [7].

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, un oligoamnios [8]. Nous ne disposons pas d'IRM dans notre centre. L'exploration échographique et tomodensitométrique nous a permis de poser le diagnostic.

Le diagnostic précoce de la grossesse hétérotopique chez notre patiente n'a pas été fait dû à un mauvais suivi prénatal de la grossesse. Aucune échographie prénatale n'a été réalisée. Ceci explique le diagnostic tardif chez le cas rapporté par les auteurs.

Le contexte de la crise sécuritaire dans la région de Mopti est un facteur contributif chez notre cas. La libre circulation de la population est limitée dans certaines communes rurales d'où l'inaccessibilité des centres de santé dans ces localités.

La grossesse hétérotopique n'est pas commune dans notre milieu.

Nous n'avons retrouvé dans la littérature révisée aucun cas de diagnostic tardif similaire à notre cas.

4. Conclusion

La grossesse hétérotopique spontanée est une entité rare dans notre milieu. Son diagnostic demeure difficile surtout dans notre contexte où la patiente a consulté tardivement avec un tableau clinique inhabituel.

Devant une telle présentation clinique rare déroutante, les moyens d'exploration d'imagerie médicale sont incontournables dans le diagnostic notamment l'échographie et la tomodensitométrie dans notre milieu.

Conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

5. Références

1. Agumon CT, Denakpo J, Hounkpatin B, et al. Grossesse hétérotopique à la clinique Universitaire de Gynécologies et d'Obstétrique du Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga du Bénin: à propos d'un cas de grossesse quadruple; 3 fœtus intra utérins et 1 fœtus abdominal. *Pan Afr Med J.* 2015;20:394.
2. Diallo D, Aubard Y, Piver P, Baudet JH. Grossesse hétérotopique: à propos de 5 cas et revue de la littérature. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2000; 29:131-141
3. Guennoun A, Mamouni N, Errarhay S, Bouchikhi C, Banani A. La grossesse hétérotopique spontanée: à propos de deux cas. *Pan Afr Med J.* 2017;28:306.
4. Laghzaoui B M, Bouhya S, Sefrioui O, Bennani O, Hermas S, Aderdour M. Grossesses hétérotopiques: à propos de huit cas. *Gynécol Obstét Fertil* 2002;30:218-23
5. Niang MM, Aidibe I, Cissé CT. La grossesse hétérotopique spontanée à l'institut d'hygiène sociale de Dakar. A propos de trois cas et revue de la littérature. *Médecine d'Afrique Noire.* 2013;60:6.
6. Korkontzelos I1, Antoniou N, Stefos T, Kyparos I, Lykoudis 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.
7. Rabarijaona HZ, Rakotovoao JP, Rakotorahalaha MJM, Randriamiarana JM. La grossesse abdominale. *Médecine d'Afrique Noire:* 2000, 47 (11)
8. 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. *Clinics in Mother and Child Health* ; 2012:9