

# Grossesse abdominale rompue : à propos d'un cas à l'hôpital régional de Gao (Mali)

---

MALLÉ Mahamadou<sup>1</sup>, DIALLO Mahamadou<sup>2</sup>, FOFANA Youssouf<sup>3</sup>

## Résumé

Les auteurs rapportent un cas de grossesse abdominale rompue à 18 semaines d'aménorrhée diagnostiquée à l'échographie et confirmée par la laparotomie, entité devenue rare de nos jours mais encore assez fréquente dans les pays en voie de développement, par défaut de diagnostic précoce. L'échographie est l'élément essentiel du diagnostic, elle a mis en évidence une localisation épiploïque du placenta avec un fœtus sans activité cardiaque. Une petite réaction caduque intra utérine et un hémopéritoine de grande abondance. L'intervention chirurgicale a permis de faire l'ablation du placenta et du fœtus ; les suites post opératoires ont été favorables.

**Mots-clés :** Grossesse abdominale, rompue, semaine d'aménorrhée et Échographie.

## Abstract

The authors report a case of abdominal pregnancy ruptured with 18 weeks of amenorrhoea diagnosed by ultrasound and confirmed by laparotomy, an entity that is rare nowadays but still quite common in developing countries, by default of early diagnosis. Ultrasound is the essential element of the diagnosis, it has revealed an epiploic location of the placenta with a fetus without cardiac activity. A small deciduous intrauterine reaction and a hemoperitoneum of great abundance. The surgical procedure resulted in the removal of the placenta and the fetus; the postoperative follow-up was favorable.

**Keywords:** Abdominal pregnancy, ruptured, amenorrhea week and Ultrasound.

---

<sup>1</sup> Service de Radiologie Hôpital de Gao, Gao, MALI, mahamadoumalle910@gmail .com

<sup>2</sup> Service de Radiologie CHU Gabriel Touré, Bamako, Mali, diallomahad@gmail.com

<sup>3</sup> Service de dermatologie CNAM, Bamako, Mali, youssouffofana 346@yahoo.fr

\* Auteur correspondant : Service de Radiologie Hôpital de Gao, Gao, MALI. Email : mahamadoumalle910@gmail .com

## Introduction

La grossesse ectopique est une pathologie extrêmement grave, car engage le pronostic vital maternel ; si la prise en charge n'est pas faite en urgence. En effet, elle constitue 9 à 10 % de la mortalité maternelle globale [1]. La localisation abdominale est une éventualité rare, puisqu'elle ne représente que 1 % des implantations ovulaires ectopiques d'après Halaff [2]. Si elle est exceptionnelle dans les pays développés, la grossesse abdominale a vu sa fréquence augmenter dans les pays à faible densité médicale [3]. La découverte peut être faite par complications maternelles occlusives de cause mécanique, infectieuses et surtout hémorragiques pouvant être très graves [4]. Nous rapportons d'un cas de grossesse abdominale rompue diagnostiquée à l'échographie sus-pubienne et confirmée par la laparotomie.

## Observation

Madame A. M., âgée de 25 ans est mariée depuis 4 ans, mère de deux enfants. On note deux avortements spontanés l'un à 4 mois d'aménorrhée dont le dernier remonte à 08 mois environ dont un contexte de leucorrhée fétide chronique. Elle a consulté pour une aménorrhée de 4 mois, accompagnée des douleurs abdominales diffuses sans caractère particulier, associées à des vomissements incoercibles, mais sans métrorragies. L'examen général a montré une patiente en bon état général, apyrétique et ses conjonctives étaient pâles. L'abdomen était augmenté de volume et déformé avec perception d'une masse dans la fosse iliaque droite. L'examen gynécologique a retrouvé un utérus de taille subnormale, la vulve propre et le col fermé au toucher vaginal. Le reste de l'examen était sans anomalie. L'examen échographique abdomino-pelvien, réalisé par voie sus pubienne a confirmé le diagnostic de grossesse abdominale arrêtée et rompue. L'utérus était légèrement augmenté de taille avec une petite réaction caduque (figure 1). La tête fœtale venait au contact de l'utérus, alors que son siège se situait au niveau de la fosse iliaque droite au contact du côlon ascen-



**Figure 1** : Présence de la tête fœtale et du placenta à cote de l'utérus avec épanchement dans le douglas.

dant. Le placenta était en dehors de la cavité utérine, au niveau de la fosse iliaque droite, baignant dans un épanchement péritonéal dans les gouttières pariéto-coliques, le Morrison et le Douglas (figure 1). L'intervention chirurgicale a confirmé les données échographiques et surtout elle avait permis de montrer les rapports exacts du placenta avec les organes abdominaux (figure 2).



**Figure 2 :** Per opératoire fœtus avec son placenta et le cordon ombilical, l'intestin et utérus intégré.

## Discussion

La grande variabilité d'incidence de l'affection dépend essentiellement du niveau socio-économique du pays et de la qualité de la surveillance de la grossesse et de l'accouchement [5,6] mais également de la forte prévalence des maladies sexuellement transmissibles, pourvoyeuses de lésions tubaires, fréquemment observées en Afrique [7].

Les facteurs prédisposants à la grossesse abdominale sont ceux de la grossesse extra utérine : les malformations congénitales, les séquelles inflammatoires spécifiques ou non, les séquelles de chirurgie tubaire et le niveau socio-économique bas [5].

Dans la littérature, la grossesse abdominale est signalée surtout chez des femmes de plus de 30 ans, ayant peu d'accouchement [8].

La pathogénie de la grossesse abdominale est abdominale par plusieurs classifications. Certains auteurs anglo-saxons ont proposé une classification basée sur l'âge gestationnel ou sur la localisation de l'implantation [9]. Elle distingue la grossesse abdominale précoce dont l'âge gestationnel est inférieur à 20 semaines d'aménorrhée avec une implantation trophoblastique qui s'effectue essentiellement sur l'utérus, le ligament large, le péritoine pariétal et le cul-de-sac de Douglas, de la grossesse abdominale tardive après 20 semaines d'aménorrhée [10].

Au delà du premier trimestre, le tableau clinique est dominé par des douleurs abdomino-pelviennes de degré et de localisation variables, mais souvent permanentes et pouvant s'accompagner d'hémorragie interne, fréquemment sous la forme d'hémopéritoine avec tableau de métrorragies [3, 5], de syndrome occlusif ou sub-occlusif fébrile, de troubles digestifs à type de nausées, vomissements et/ou constipation, de syndrome toxémique [7]

L'examen physique est caractéristique lorsqu'il montre un abdomen étalé à l'inspection en rapport avec une présentation irrégulière. La palpation confirme la position anormale du fœtus qui est superficiel sous la peau, peu mobile et surtout irréductible.

Les examens complémentaires sont une aide précieuse [4]. En effet, l'échographie est l'élément essentiel du diagnostic et permet de confirmer la suspicion clinique [5]. Elle permet de visualiser [2] le fœtus dans un sac gestationnel en dehors de l'utérus ; l'absence de paroi utérine entre le fœtus et la vessie ; la localisation du placenta en dehors des limites de la cavité utérine et ses rapports avec les organes abdominaux (intérêt capital pour l'approche chirurgicale).

L'IRM utilisée par certains auteurs [7] permet en plus des données échographiques (étude fœtale et utérine), de situer avec précision le siège d'insertion placentaire.

La thérapeutique consiste à une extraction chirurgicale qui doit être urgente dès que le diagnostic est posé.

## Conclusion

La grossesse abdominale est exceptionnelle. Sa forme tardive est l'apanage des pays en voie de développement. Le polymorphisme clinique rend le diagnostic difficile surtout au premier trimestre. L'échographie est d'un grand intérêt quand elle montre un utérus vide et un fœtus au niveau de la cavité abdominale. L'IRM constituera sans doute, dans l'avenir, l'examen de choix pour explorer aussi bien le fœtus que le placenta.

## Références bibliographiques

1. **KRIK E, CONDOUS E, BOURNE T.** Pregnancy of unknown location *ObstetGynecol.* 2009;1-7.
2. **SFAR E, KAABAR H, MARRAKECHI O et al.** La grossesse abdominale, entité anatomo-clinique rare. À propos de 4 cas (1981-1990). *Rev Fr GynécolObstét.* 1993;88:261-5.
3. **CETIN MT, ARIDOGAN N, COSKUN A.** La grossesse abdominale. À propos de six cas personnels. *Rev Fr GynécolObstét.* 1992;87:76-8.
4. **SETOUANI A, SNAIBI A, BOUTALEB Y.** La grossesse abdominale. À propos de 7 cas colligés de 1978 à 1986. *J GynécolObstétBiolReprod.* 1989;18:177-80.
5. **ALTO WA.** Abdominal pregnancy. *AmericanFamilyphysician.* 1990;41:209-14.