

# Grossesse tubaire rompue associée à une grossesse utérine évolutive

## A propos d'un cas et revue de la littérature

J. Kazadi Buanga, M.C. Laparte, G. Lopez\*

\* Clinica Universitaria de Navarra Departamento de Ginecología (Pr G. Lopez), 31080 PAMPLONA, NAVARRA, Espagne.

Reconnaître une grossesse ectopique, disait Werth cité par Mondor [14], est facile dans bien des cas, mais dans d'autres cas qui ne sont pas nombreux c'est l'une des épreuves les plus difficiles de diagnostic gynécologique et beaucoup de gynécologues exercés ont dû s'y arrêter plus d'une fois. Werth pensait certainement aux formes atypiques et peut-être aussi à la forme associant grossesses intra-utérine et extra-utérine puisque la première description autopsique de Duvernet date de 1708 [2, 4, 5, 10, 11].

Pour insister davantage sur la difficulté diagnostique de cette forme particulière, nous rapportons une observation clinique, avec revue de la littérature, afin de dégager quelques points de discussion car cette association, non exceptionnelle, n'est plus une curiosité médicale et mérite d'être connue du moins à cause de sa relative fréquence et de sa gravité.

### OBSERVATION

Mme M.J.C.L., âgée de 35 ans, débute à 12 semaines et 4 jours d'aménorrhée gestationnelle (AG) les consultations prénatales de sa sixième grossesse. Elle est asymptomatique génitale. Elle a mené à terme trois grossesses avec accouchements eutociques (une grossesse s'était compliquée d'un syndrome vasculo-rénal) et a eu deux avortements spontanés suivis de curetage. L'échographie obstétricale décrit un utérus régulier, globuleux et central de 122 x 98 x 84 mm contenant un sac embryonnaire de 64 x 62 x 51 mm dont le chorion frondosum est inséré sur la face antérieure ; l'embryon, visible avec battements cardiaques positifs, a une longueur crânio-caudale de 66 mm, les zones annexielles sont normales.

A 13 semaines et 4 jours d'AG, soit exactement une semaine après la consultation prénatale, elle est amenée aux urgences pour une douleur abdominale haute, brusque, syncopale, apparue au repos et exagérée à la respiration profonde. La malade garde une attitude antalgique et accuse une pâleur marquée des conjonctives. L'abdomen, souple, est douloureux dans la zone épigastrique. Au toucher vaginal, l'utérus est en rapport avec l'âge gestationnel, le col fermé, le cul-de-sac de Douglas indolore ; le doigtier revient propre. Une échographie obstétricale (fig. 1) confirme une gestation intra-utérine évolutive, l'ovaire gauche porte un corps jaune gravidique, il y a au niveau de la zone

annexielle droite un « agglutinat d'anses intestinales intercalées entre du liquide libre ». La malade est hospitalisée en Médecine Interne où un ensemble d'examen complémentaires, parmi lesquels une échographie abdominale, est sollicité. Celle-ci décrit la présence du sang intrapéritonéal au niveau de la région hépato-rénale. Foie et rate sont d'aspect normal. Cinq heures plus tard, à la suite de la détérioration des constantes cliniques, on répète l'échographie abdominale qui montre une augmentation notable du sang intrapéritonéal avec de nombreux caillots organisés. La malade est confiée au chirurgien qui décide une laparotomie exploratrice au cours de laquelle, après avoir aspiré deux litres de sang intrapéritonéal, on découvre la trompe droite « éclatée ». C'est alors seulement qu'on diagnostique une grossesse tubaire. Le gynécologue, rappelé une seconde fois, exécute une salpingectomie simple sans extirpation de la portion tubaire interstitielle.

L'anatomie pathologique confirme : la trompe présente une zone hémorragique extensive au sein de laquelle apparaissent des villosités choriales revêtues de deux couches de trophoblaste.

L'évolution post-opératoire sous tocolyse a été normale ainsi que les consultations obstétricales ultérieures aussi.

Au terme de 40 semaines et un jour d'aménorrhée gestationnelle, elle accoucha spontanément d'une fille pesant 3750 g, avec bilan d'Apgar à 9-10 et gazométrie ombilicale normale.

## **DISCUSSION**

De cette observation, nous retenons:

- contrairement aux cas de la littérature où l'une des grossesses se manifeste en masquant l'autre, les deux grossesses sont restées en « harmonie » jusqu'à la 13<sup>e</sup> semaine d'AG, date à laquelle la grossesse extra-utérine, jusqu'alors inconnue, s'est manifestée brusquement par un tableau d'inondation péritonéale qui a conditionné la laparotomie. Il n'y a eu aucun signe anormal (type métrorragie) et Novak [15] explique cela par l'état intact de la déciduale en raison de la grossesse utérine évolutive;
- le diagnostic clinique et échographique de la grossesse intra-utérine nous a mis en confiance au point de ne pas penser, un seul instant, à la possibilité d'une grossesse ectopique associée, malgré la deuxième description échographique de la zone annexielle;
- l'évolution favorable de la gestation intra-utérine jusqu'à terme en dépit d'une importante spoliation sanguine.

## **Fréquence**

La fréquence de ces grossesses dites « combinées ou hétérotopiques » [2, 6, 10, 15] est estimée à un cas pour 30 000 grossesses [4, 5, 9, 10, 13] et en cas d'ovulation induite elle va d'un cas pour 100 [1] à un cas pour 800 grossesses [13]. Cette variabilité s'explique par le type d'inducteur utilisé ; le clomifène donne 7 p. cent de grossesses multiples et les gonadotrophines humaines 39 p. cent [5].

Choukroun et coll. [4] croient que la fréquence serait grande en raison de « l'existence d'avortements spontanés de la grossesse intra-utérine confondus avec les métrorragies de la grossesse ectopique ».

### **Physiopathologie**

Berger et Taymor [1], Blazquez et coll. [2], Seffert et La Selve [17] évoquent, comme mécanisme physiopathologique, une superfécondation, c'est-à-dire que les deux ovulations se sont succédé au cours d'un même cycle menstruel et que la fécondation s'est faite pendant ce cycle lors d'un coït ou des différents coïts. En revanche, Blum [3] et Choukroun et coll. [4] pensent que le mécanisme est celui d'une simple grossesse gémellaire bi-ovulaire, les deux ovulations simultanées ayant des pontes et des trajets différents.

Dans ces cas, un ovule fécondé atteint la cavité utérine où il se nide tandis que l'autre est arrêté dans sa progression à la suite du rétrécissement de la lumière tubaire et/ou des modifications de son péristaltisme dus à la nidation préalable.

Houze de l'Aulnoit et coll. [10], en se référant à l'étude de l'âge osseux sur des séries associant grossesse intra-utérine et grossesse abdominale ayant évolué au-delà du deuxième trimestre, croient que la superfœtation serait possible, c'est-à-dire que la seconde ovulation suivie de fécondation s'est produite au cours d'une grossesse en cours.

De toutes les façons, la discussion reste ouverte et le problème reste entier entre superfécondation et superfœtation. On évoque aussi des causes communes aux grossesses ectopiques.

### **Diagnostic correct**

Il est exceptionnel qu'il soit fait rapidement [1, 4, 8, 11, 17]. Sur 170 cas analysables de la littérature médicale, Choukroun et coll. [4] rapportent qu'il ne fut évoqué que 7 fois.

Notre observation souligne bien cette difficulté car il n'y a pas de signes séméiologiques spécifiques à ces grossesses. Souvent à l'occasion d'une laparotomie pour grossesse ectopique, on peut suspecter une grossesse intra-utérine qui sera confirmée ultérieurement, ou parfois on s'oriente plus vers la grossesse intrautérine mettant sur son compte les métrorragies et les douleurs qui peuvent émailler cette association, alors la grossesse ectopique se manifesterait plus tard.

### **Antécédents**

Relisant les cas rapportés par différents auteurs, nous notons que les patientes sont jeunes (la trentaine), multigestes et ont presque toutes un antécédent d'au moins un avortement, comme dans notre observation.

## Évolution et pronostic

Ils restent très variables. Dans 80 p. cent des cas, on assiste à l'interruption de la grossesse ectopique au premier trimestre [10] ; dans 35 à 50 p. cent, la grossesse intra-utérine arrive à terme [2, 11, 17] avec seulement 35 à 45 p. cent d'enfants vivants [2, 4, 7]. Jamais, affirment Seffert et La Selve [17], les deux grossesses tubaires et intra-utérines n'ont donné naissance à deux enfants vivants. Toutefois, dans les séries de la littérature associant grossesses intra-utérine et extra-utérine, type abdominal, une vingtaine de cas ont abouti aux naissances de deux enfants vivants [3, 10] dont dans presque la moitié des cas l'un ou les deux jumeaux décèdent dans la période néonatale [10]. La mortalité maternelle est de 1 p. cent [2]. C'est donc une grossesse à haut risque fœto-maternel, mais elle n'est nullement une indication d'interruption de la grossesse utérine [3, 4, 11] et toute l'attention post-opératoire doit être centrée sur la conservation de la grossesse intra-utérine dans la mesure où elle évolue [12]. L'accouchement ne diffère pas de celui des grossesses normales [2, 11, 17].

## Traitement

Il demeure chirurgical pour la grossesse ectopique (salpingectomie simple sans résection de la portion tubaire interstitielle) [2, 4, 5, 7, 8, 12, 13]. Une tocolyse et un traitement hormonal en cas de grossesse utérine évolutive constituent un traitement supplémentaire [2, 5].

## CONCLUSION

Nous avons pensé qu'il était intéressant de rapporter cette observation en raison de sa difficulté diagnostique car rassurés par l'échographie nous n'avions nullement songé à la possibilité d'une grossesse combinée dont l'extra-utérine s'était rompue causant un hémopéritoine, retardant ainsi l'intervention de plus de 5 heures. Cette observation, comme tant d'autres de la littérature, suscite un regain d'intérêt pour une étude plus large en vue de cerner les signes sémiologiques susceptibles d'orienter le diagnostic et, par voie de conséquence, de dicter une attitude thérapeutique adéquate, d'autant plus qu'avec les inductions d'ovulations de plus en plus nombreuses, l'incidence des grossesses combinées va croissant [1, 5, 10, 11, 16] et les risques qu'elles comportent ne sont pas à sous-estimer.

## RÉFÉRENCES

1. Berger MJ., Taymor M.L. — Simultaneous intra-uterine and tubal pregnancies followed ovulation induction. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1972, 113, 812-813.
2. Blasquez G., Rouffet F., Desoutter P., Kohlmann G. — Grossesse menée à terme malgré une rupture de grossesse extra-utérine concomittante. *Rev. fr. Gynécol. Obstét.*, 1979, 74, 755-756.
3. Blum M. — Un cas rare de grossesse gémellaire tubaire et intra-utérine. *Rev. fr. Gynécol. Obstét.*, 1978, 73, 729-732.

4. Choukroun J., Friedman S., Chêne P. — Grossesses intra-utérines et extra-utérines simultanées. *J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod. (Paris)*, 1981, 10, 231-234.
5. Cohen J., Quist Ch. — Grossesses extra-utérines et intra-utérines simultanées après induction de l'ovulation. *Rev. fr. Gynécol. Obstét.*, 1977, 72, 121-125.
6. Danforth D.N. — *Tratado de obstetricia y Ginecología*, p. 414. Madrid, Interamericana, 1986.
7. Dexeus F.S., Dexeus J.M. *Tratado de obstetricia*, tomo II, p. 937. Madrid, Salvat, 1957.
8. Funderburck A.G. — Bilateral ectopic pregnancy with simultaneous intra-uterine pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1974, 119, 274-275.
9. Helleman L.M., Pritchard J.A., Wynn R.M. — *Williams obstetricia*, p. 481. Barcelone, Salvat, 1973.
10. Houze de L'Aulnoit D., Bernard V., Corette L., Delcroix M. — Les grossesses gémellaires hétéropiques. *Revue de la littérature à partir d'une observation où les deux enfants ont survécu*. *J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod. (Paris)*, 1988, 17, 89-96.
11. Keskes J., Ben Said A., Khairi H., Hidar M. — Grossesses intra- et extra-utérines associées. *J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod. (Paris)*, 1989, 18, 181-184.
12. Kistner R.W. — *Tratado de obstetricia*, p. 331. Barcelone, Toray, 1974.
13. Loffredo V., Tesquier L., Paris E.X., Brux J. de. — La grossesse extra-utérine. *Encycl. Méd.-Chir., Gynécologie*, 700, A-10, 6, 1984.
14. Mondor H. — *Abdomen. Diagnostics urgents*, p. 589. Paris, Masson, 1937.
15. Novak E. — *Ginecología y obstetricia*, p. 490. Madrid, Alhambra, 1954.
16. Paldi E., Gergely R.Z., Abramovici H., Timor-Tritsch I. — Clomiphene citrate-induced simultaneous intra- and extra-uterine pregnancy : case report. *Fertil. Steril.*, 1975, 26, 1140-1141.
17. Seffert P., La Selve A. — Association grossesse extra-utérine rompue traitée par salpingectomie et grossesse intra-utérine menée à terme. *J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod. (Paris)*, 1981, 10, 277.



**Fig. 1.** Échographie à 13 semaines et 4 jours.