

Syndrome douloureux abdomino-pelvien au premier trimestre de la grossesse

■ M. PIKETTI* ■

Observation — Madame D., 34 ans, se présente aux urgences le 19 juillet 2002. Elle décrit une aménorrhée depuis sept semaines, des métrorragies minimales depuis 24 h, ainsi qu'une douleur pelvienne de début rapidement progressif quatre heures auparavant, prédominant en fosse iliaque droite. Elle n'a aucun trouble du transit, ni signe fonctionnel urinaire associé. Il s'agit d'une cinquième grossesse, spontanée. Ses quatre premières grossesses se sont déroulées normalement. La patiente n'a par ailleurs aucun antécédent médico-chirurgical particulier. Groupe sanguin : O+.

A l'examen aux urgences, les constantes sont normales : PA : 114/69 mmHg, pouls : 71/mn, T° = 36,7 °C, la bandelette urinaire est négative. L'abdomen est souple, franchement douloureux en fosse iliaque droite, sans défense, sans signe d'irritation péritonéale. Les bruits hydro-aériques sont perçus. Au spéculum, le col est sain, et l'on constate des métrorragies minimales de sang rouge provenant de l'endocol. Le toucher vaginal retrouve un col long, tonique, postérieur et fermé, les culs-de-sac vaginaux sont libres, on ne palpe pas de masse latéro-utérine, mais la palpation du cul-de-sac de Douglas déclenche une douleur exquise.

L'échographie endovaginale met en évidence une grossesse intra-utérine évolutive (**fig. 1**), avec un embryon de longueur cranio-caudale 10 mm, dont l'activité cardiaque est vue, avec cependant un petit décollement ovulaire de 10 mm. D'autre part, on visualise une masse pelvienne enclavée dans le cul-de-sac de Douglas, de 53,7 x 39,7 mm, d'échostructure hétérogène, d'allure tissulaire.

Devant ce tableau douloureux au premier trimestre de grossesse, une échographie de contrôle est effectuée et confirme la présence d'une grossesse intra-utérine évolutive évaluée à 7SA. Il existe un petit hématome latéro-ovulaire. La masse pelvienne mesure 56 x 37 mm (**fig. 2**), est d'échostructure tissulaire, très hétérogène, et de vascularisation tubaire au Doppler. Pas de vascularisation au sein de la masse. Enfin, il existe une lame d'épanchement péritonéal, prédominant autour de la masse.

Le bilan biologique est normal, et ne retrouve notamment pas d'anémie (Hb = 13 g/dl, VGM = 93), GB = 12400, hémostase normale.



Fig. 1 : Sac ovulaire intra-utérin avec embryon visible et activité cardiaque positive.



Fig. 2 : Image latéro-utérine droite.

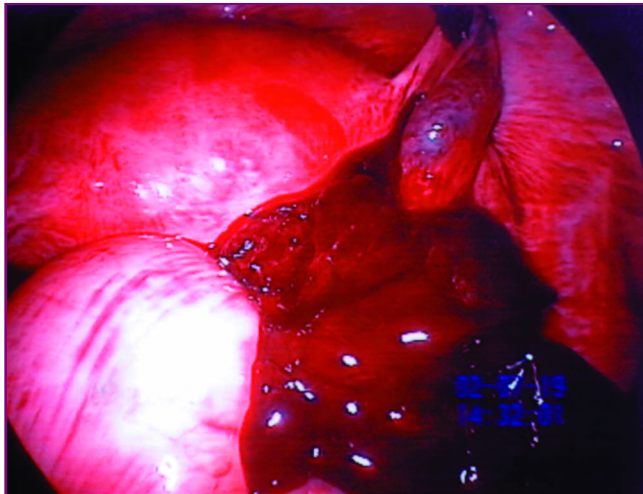


Fig. 3 : Grossesse extra-utérine droite.

épanchement intra-péritonéal. Une torsion d'annexe droite sur ovaire droit pathologique est suspectée devant l'image échographique, mais l'histoire de la douleur est peu en faveur. On évoque la possibilité d'une rupture de kyste hémorragique, qui expliquerait la douleur et l'épanchement péritonéal, mais pas les métrorragies.

Se pose la question d'une grossesse extra-utérine compliquée d'hématosalpinx associée à la grossesse intra-utérine devant l'association de métrorragies, du syndrome douloureux et d'une masse pelvienne de vascularisation tubaire, avec épanchement péritonéal. Cependant, les grossesses hétérotopiques spontanées sont rarissimes.

Enfin, bien que la patiente n'ait pas la notion d'être porteuse de fibromes, l'allure tissulaire de la masse nous a fait évoquer l'éventualité d'une torsion ou d'une nécrobiose aseptique de fibrome.

Madame D. bénéficie d'une cœlioscopie en urgence, qui permet le diagnostic de GEU ampullaire droite (fig. 3) en voie de rupture, traitée par salpingectomie droite. L'examen anatomopathologie de la pièce conclut à une grossesse tubaire. Les suites opératoires immédiates sont simples, la grossesse intra-utérine est normalement évolutive à la sortie (fig. 4). La grossesse se poursuit normalement jusqu'à ce jour.

Commentaires

● L'association d'une grossesse extra-utérine (GEU) à une grossesse intra-utérine (GIU), autrement appelée grossesse hétérotopique, est rare, notamment dans le cadre d'une grossesse spontanée. Décrite pour la première fois en 1761 par Duvernay [1] au décours d'une autopsie, elle concernait une grossesse sur 30000 avant l'apparition des techniques de procréation médicalement assistée [2], une sur 10000 depuis (soit 1 % des grossesses induites par stimulation ovarienne [3], et de 0,8 à 3 % des grossesses obtenues par FIV ou transfert de gamètes intra-tubaire [3]). Les grossesses hétérotopiques spontanées surviennent en outre plus souvent chez des patientes dites à risque de GEU : antécédent d'infection pelvienne, notamment à *Chlamydiae trachomatis*, antécédent de GEU, d'endométriose, de chirurgie pelvienne et en particulier tubaire, tabagisme, contraception par progestatifs seuls... Six autres cas de grossesses hétérotopiques spontanées chez des patientes indemnes de facteurs de risque ont été décrits dans la littérature [4-6] depuis 1948.

Le diagnostic est difficile, l'anamnèse et l'examen clinique doivent en être les principaux outils. Les douleurs abdominales pelviennes sont présentes dans 82,7% [7] à 90 % [8] des cas, les signes d'irritation péritonéale dans 11,9 % [7] à 45 % [8] des cas, et les métrorragies dans 50 % [7] des cas. Il faut se méfier d'une symptomatologie de fausse-couche, trompeuse si elle est au premier plan. Le dosage des β HCG sériques n'aide pas au diagnostic, et ne pourra contribuer à une surveillance après traitement en cas d'évolutivité de la GIU.

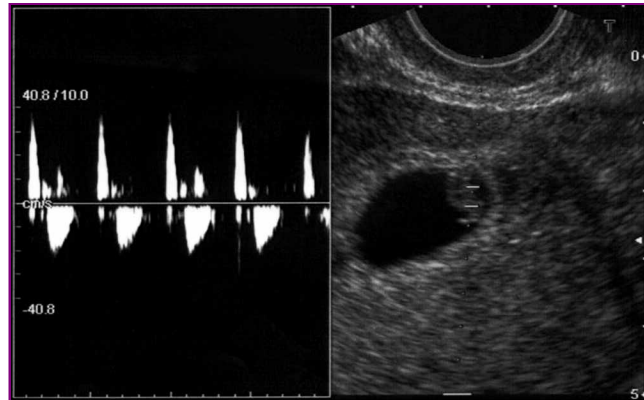


Fig. 4 : Evolutivité normale de la grossesse après la cœlioscopie.

Avant l'ère de l'échographie, le diagnostic n'était posé que dans 10 % des cas [9]. L'échographie endovaginale permet aujourd'hui le diagnostic de 88,9% des GEU, notamment avec l'aide du Doppler, dont la sensibilité approche les 86% et la spécificité les 96% [4].

Le traitement des GEU, pour certains, peut être médical, selon des critères précis :

- certitude diagnostique,
- compréhension du traitement et compliance de la patiente à la surveillance,
- GEU pauci- ou asymptomatique,
- β HCG plasmatiques < 5000 UI/L,
- échographie : hémopéritoine < 100 cc, hématosalpinx < 4 cm, absence d'activité cardiaque,
- surveillance: clinique (douleurs pelviennes) et biologique des β HCG jusqu'à négativation complète.

Certaines grossesses hétérotopiques ont été traitées médicalement, soit par l'expectative simple (4 succès sur 5 [11-13]), soit par l'injection in situ de chlorure de potassium (parfois associé à du Méthotrexate) ou de sérum glucosé hyperosmolaire en cas de GIU évolutive (17 succès sur 19 [4, 7, 13-16]).

Nous avons opté pour une attitude d'emblée chirurgicale. La salpingectomie droite a été effectuée devant un aspect de pré-rupture, et en tenant compte de l'impossibilité de surveillance de la décroissance des β HCG sériques. **Le pronostic** maternel est le même qu'en cas de GEU isolée, avec une mortalité inférieure à 1 % et une fertilité ultérieure non modifiée. Le pronostic de la grossesse en cours n'est pas modifié depuis 1993, date de parution d'une étude rétrospective sur les GEU : 67,7 % de naissances vivantes entre 1971 et 1993, 64,4 % entre 1994 et 2000.

Conclusion

“Quand on pense systématiquement à la GEU, on n'y pense pas encore assez.”

Les grossesses hétérotopiques sont rares. Mais la présence d'une GIU évolutive, même si elle est rassurante, n'exclut pas la coexistence d'une GEU, en particulier dans un contexte d'aide à la procréation. Tout tableau douloureux abdomino-pelvien au premier trimestre de la grossesse doit faire l'objet d'un bilan et d'une surveillance rapprochée, en milieu hospitalier ou en ambulatoire.

Remarque : Mme D. a accouché début mars d'un garçon de 3,2 kg, Apgar 10 et 10.

BIBLIOGRAPHIE

1. DUVERNAY G.J. Œuvres anatomiques. Paris: Joubert, 1761.
2. DE VOE R.W., PRATT J.H. Simultaneous intra uterine and extra uterine pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1948; 56: 1119-26.
3. BERGER M.J., TAYLOR M.L. Simultaneous intra uterine and tubal pregnancies, following ovulation induction. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1972; 113: 812-3.
4. ZULLO F., PELLICANO M., DI CARLO C., AFFINITO P., CATIZONE F., MANTANTONIO P. *et al.* Heterotopic pregnancy in a woman without previous ovarian stimulation : ultrasound diagnostic and management. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, 1996; 66:193-5.
5. DIALLO D. Grossesse hétérotopique: à propos de 5 cas et revue de la littérature. *J. Obstet. Gynecol. Biol. Reprod.*, 2000; 29: 131-141.
6. JERRARD D., TSO E., SAUK R., BARISH R.A. Unexpected heterotopic pregnancy in a patient without risk factor. *Am. J. Emerg. Med.*, 1992; 10: 58-60.
7. TAL J., HALLAD S., GORDON N., TIMOR-TRISTU I. Heterotopic pregnancy after ovulation induction and assisted reproductive technologies : a literature review from 1971 to 1993. *Fertil. Steril.*, 1996; 66:1-12.
8. REECE E.A., PETRIE R.H., SIRMANS M.F., FINSTER M., TOGG W.D. Combined intra uterine and extra uterine gestations: a review. *Am. J. Obstet. Biol. Reprod.*, 1988; 17: 89-96.
9. LEVY G., MULLER G., PIGAGUO O. Grossesses intra et extra utérines simultanées. *Rev. Fr. Gynécol. Obstet.*, 1987; 82: 729-32.
10. GUIRGUIS R.R. Simultaneous intra-uterine and ectopic pregnancies following in vitro fertilization and gamete intra fallopian transfer, a review of nine cases. *Hum. Reprod.*, 1990; 5:484-6.
11. MOLLOY D., DEAMBROSIO W., KEEPING D. Multiple sited (heterotopic) pregnancy after in vitro fertilization and gamete intra fallopian transfer. *Fertil. Steril.*, 1990; 53: 1068.
12. BASSIL S., POULY J.L., CANIS M., JANNY L., VYE P., CHAPRON C. *et al.* Advanced heterotopic pregnancy after in vitro fertilization and embryo transfer, with survival of both the babies and the mother. *Hum. Reprod.*, 1991; 6: 1 008-10.
13. FERNANDEZ H., LELAIDIER C., DOUMERC S., FOMET P., OLIENNES F., FRYDMAN R. Non surgical treatment of heterotopic pregnancies, a report of six cases. *Fertil. Steril.*, 1993; 60: 428-32.
14. SCHEIBER M.D., CEDARS M.I. Successful non surgical management of a heterotopic abdominal pregnancy embryo transfer with cryopreserved-thawed embryos. *Human Reprod.*, 1999; 14: 1375-7.
15. WRIGHT A., KOWALCZYK C.L., QUINTERO R., LEACH R.E. Selective embryo reduction in a heterotopic pregnancy using potassium chloride injection resulting in a hematosalpinx. *Fertil. Steril.*, 1996; 66: 1028-30.
16. BAKER V.L., GIVENS C.R., CADIEUX M.C. Transvaginal reduction of an interstitial heterotopic pregnancy with preservation of the intra uterine gestation. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1997; 176 : 1384-5.

* Service de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital Robert Debré, PARIS.