

# Une drôle d'hystéroggraphie!

■ B. LANGER\* ■

Mme Y., 27 ans, est hospitalisée à l'hôpital de Saint-Louis-du-Sénégal en 1979 pour douleurs abdominales. Ses dernières règles remontent à 7 mois. A 3 mois de retard de règles, elle a été hospitalisée à l'hôpital public de Nouakchott situé à 200 km plus au nord, en Mauritanie. Après 8 jours d'hospitalisation sans traitement particulier, elle est rentrée à domicile.

A l'examen d'admission, la mesure de la hauteur utérine est compatible avec une grossesse de 6-7 mois. Il n'y a plus de mouvements fœtaux perçus par la patiente depuis quelques jours. Le toucher vaginal montre un col long, postérieur et fermé ; le segment inférieur n'est pas amplifié. Il n'y a effectivement plus de bruits du cœur. L'hôpital ne disposant pas à l'époque d'échographe, on réalise tout d'abord un cliché de l'abdomen sans préparation, puis une hystéroggraphie.



**Diagnostic** — Il s'agissait d'une grossesse abdominale en présentation transversale. L'opacification de l'utérus par le produit de contraste fait le diagnostic. La patiente avait vraisemblablement présenté une rupture d'une grossesse extra-utérine non diagnostiquée lors de son hospitalisation à Nouakchott. Cette grossesse abdominale a été évacuée par laparotomie sans difficulté. Quelques mois plus tard, toujours au Sénégal, chez une autre patiente, une césarienne prophylactique faite pour présentation transversale à terme permettait de découvrir une autre grossesse abdominale et de donner naissance à un garçon vivant de 3 100 g. L'ablation du placenta inséré sur la face postérieure du ligament large imposait une annexectomie sans perte sanguine notable.

**Discussion** — Des cas de grossesse abdominale continuent d'être rapportés dans la littérature actuelle, ces cas survenant le plus souvent dans des pays en voie de développement. En effet, dans les pays développés, le diagnostic de grossesse extra-utérine et/ou abdominale est rapidement suspecté par le dosage des  $\beta$ -HCG et l'échographie. En reprenant une série de 1 800 GEU sur 10 ans, Bouyer note que le site d'implantation était l'abdomen dans 1,3 % des cas. Aux Etats-Unis, on cite une fréquence de 10,9 grossesses abdominales pour 100 000 naissances et 9,2 grossesses abdominales pour 1000 GEU [2]. Les signes d'appel sont une présentation transversale et un oligoamnios. Cotter souligne l'importance de penser dans ces cas à rechercher à l'échographie par un champ d'exploration large un utérus normal et

un fœtus en position extra-utérine. L'imagerie par résonance magnétique permet de mieux situer l'insertion placentaire [3].

Un diagnostic précoce permet de limiter les complications : hémorragie, abcès pelvien, expulsion du fœtus par le cul-de-sac de Douglas ou le rectum.

Un traitement conservateur peut être tenté en l'absence d'anomalie de croissance fœtale, lorsque le site d'implantation du placenta ne se situe pas dans la partie haute de l'ab-

domen, lorsque la mère est en bon état général et qu'une surveillance prénatale intensive est possible et acceptée par une patiente informée des risques [4].

Le traitement par laparotomie permet de contrôler plus facilement les complications hémorragiques ; on rapporte aussi plusieurs cas de grossesse abdominale traités par cœlioscopie précédée éventuellement par une embolisation [5-7]. Suivant le siège de l'insertion placentaire, il est préférable de laisser en place le placenta et de traiter la patiente par méthotrexate. ■

## BIBLIOGRAPHIE

1. BOUYER J, COSTE J, FERNANDEZ H, POWLY JL, JOB-SPIRA N. Sites of ectopic pregnancy : a 10 year population-based study of 1 800 cases. *Hum Reprod*, 2002 ; 17 : 3 224-30.
2. ATRASH HK, FRIEDE A, HOGUE CJR. Abdominal pregnancy in the United States : frequency and maternal mortality. *Obstet Gynecol*, 1987 ; 69 : 333.
3. COTTER AM, JACQUES EG, IZQUIERDO LA. Extended field of view sonography : a useful tool in the diagnosis and management of abdominal pregnancy. *J Clin Ultrasound*, 2004 ; 32 : 207-10.
4. BEDDOCK R, NAEPELS P, GONDY C, BESSERVE P, CAMIER B, BOULANGER JC, GONDY J. Diagnostic et management actuel de la grossesse abdominale tardive. *Gynecol Obstet Fertil*, 2004 ; 32 : 55-61.
5. RIETHMULLER D, COURTOIS L, MAILLET R, SCHAAL JP. Management de la grossesse extra-utérine : grossesse cervicale et abdominale. *J Obstet Gynecol Biol Reprod*, 2003 ; 32 : 101-8.
6. GERLI S, ROSSETI D, BAIOCCHI G, CLERICI G, UNFER V, DI RENZO GC. Early ultrasonographic diagnosis and laparoscopic treatment of abdominal pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2004 ; 15 : 103-5.
7. RAHAMAN J, BERKOWITZ R, MITTY H, GADDIPATI S, BROWN B, NEZHAT F. Minimally invasive management of an advanced abdominal pregnancy. *Obstet Gynecol*, 2004 ; 103 : 1 064-8.

\* Département de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital de Hautepierre, STRASBOURG.