

ROYAUME DU MAROC
UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
FES



GROSSESSE ABDOMINALE A PROPOS DE 3 CAS

**MEMOIRE POUR L'OBTENTION DE DIPLOME DE SPECIALITE
EN GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE**

Présenté par:
Dr. SLAOUI Mohammed Amine

Directeur de mémoire : Pr BANANI Abdelaziz

Juillet 2009



REMERCIEMENTS

Mes remerciements les plus sincères à toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la l'élaboration de ce mémoire et tout particulièrement aux

- ☞ Professeur BANANI ABDELAZIZ, notre maître, rapporteur de ce mémoire, pour m'avoir fait confiance malgré mes connaissances légères, pour m'avoir guidé, encouragé et conseillé...
- ☞ Professeur BOUCHIKHI CHEHRAZED, Professeur ERRAHY SANAE, Professeur SAADI HANANE et toute l'équipe de Gynécologie Obstétrique 1 pour leur aide, leur disponibilité et leur collaboration pour la conception de ce mémoire.
- ☞ Professeur MELHOUF MY ABDELILAH, Professeur CHAARA HEKMAT, Professeur BOUGUERN HAKIMA et toute l'équipe de Gynécologie Obstétrique 2, pour leur soutien professionnel leur disponibilité durant toutes les années de formation
- ☞ A mes amis (es), qui m'ont fait le plaisir de me soutenir lors de la réalisation de ce travail.

A tous mes professeurs et maîtres, tous mes respects et mon éternelle reconnaissance...



PLAN

Chapitre I :Introduction.....	5
Chapitre II :Revue de littérature.....	7
I-Epidémiologie.....	8
A- Fréquence.....	8
B-Age.....	9
C-Race.....	9
D-Parité et stérilité.....	9
II-Etiopathogénie.....	10
A-Facteurs étiologiques.....	10
1-Facteurs mécaniques.....	10
2-Facteurs biologiques.....	12
B-Pathogénie.....	14
III-Anatomie pathologique.....	15
A -Classification.....	15
1 –Ancienne.....	15
2-Récente.....	15
B-Elements ovulaire.....	16
1-Placenta.....	16
2-Sac ovulaire.....	16
3-Liquide amniotique.....	17
4-Fœtus.....	17
C –Elements maternels.....	17
1-Utérus.....	17
2-Organes abdomino-pelviens.....	17
3-Annexes.....	18
IV –Elements de diagnostic.....	18
A-Diagnostic clinique.....	18
1-Interrogatoire.....	18

2-Examen clinique	19
B-Diagnostic paraclinique.....	21
1-Dosages hormonaux	21
2-Echographie	21
3-Abdomen sans préparation	22
4-Imagerie par résonance magnétique	23
5-Tomodesitométrie	23
6-Hystérosalpingographie	23
7-Artériographie.....	24
8-Coelioscopie	24
9-Laparotomie exploratrice.....	24
C-Diagnostic différentiel.....	24
V-Evolution et complications	25
A-Complications hémorragiques	25
B-Complications infectieuses	26
C-Complications digestives	26
VI-Traitement.....	27
A-Le choix de la date d'intervention	27
1-Le fœtus est vivant.....	27
2-Le fœtus est mort	28
B-L'intervention chirurgicale.	28
C-Suites opératoires	30
D-Place de la coeliochirurgie dans le traitement de grossesse abdominale	31
VII-Pronostic	32
A-Maternel	32
1-Mortalité maternelle	32
2-Morbidité maternelle	32
B- Fœtal.....	32
1-Mortalité périnatale.....	32
2-Morbidité fœtale	33

Chapitre III : Cas clinique	34
Chapitre IV : Discussion.....	43
I- L'épidémiologie et les antécédents	44
II- Le motif de la consultation et l'histoire clinique	45
III- Les examens complémentaires	45
IV- La conduite thérapeutique	46
V- Les suites opératoires	46
VI- Le pronostic maternel	47
Conclusion.....	48
Bibliographie.....	51

INTRODUCTION

La grossesse abdominale se définit comme étant une variété de grossesse extra-utérine dans laquelle l'implantation et le développement de l'œuf ont lieu en partie ou en totalité dans la cavité péritonéale. Elle peut être :

- Primitive : l'œuf s'implante d'emblée dans la cavité abdominale ;
- Secondaire : l'œuf s'implante dans la cavité abdominale suite à :
 - Un avortement tubo-abdominal.
 - Une brèche utérine.
 - Une grossesse ovarienne.

Cette pathologie gravidique représente une variété rare dans les pays développés, elle reste néanmoins l'apanage des pays à infrastructure médico-sociale défaillante.

Le diagnostic de la grossesse abdominale n'est pas toujours aisé par la clinique seule, le caractère parfois évasif du tableau clinique donne tout son importance aux examens complémentaires.

Exceptionnellement, la grossesse abdominale peut se poursuivre jusqu'à terme, ou même au delà, avec naissance d'un enfant vivant et non malformé, mais, en général cette évolution est grevée de complications tant maternelles que fœtales entravant son évolution à terme.

Le traitement de la grossesse abdominale est nécessairement chirurgical, dominé par le problème de la conduite à adopter concernant le placenta.

Vu la rareté et la gravité de cette affection, nous rapportons à travers la littérature et 3 cas de GA colligés au service de gynécologie-obstétrique, CHU Hassan II de Fes les différents problèmes diagnostiques et thérapeutiques que soulève cette entité anatomo-clinique.

Revue de littérature

I - Epidémiologie:

A - Fréquence

La grossesse extra-utérine a été marquée ces deux dernières décennies par une augmentation de son taux qui a pratiquement doublé ou triplé pour atteindre 1,6 à 2 % du total des grossesses (1,22) : Dans 98 % des cas, il s'agit d'une grossesse tubaire, 0,5 % : ovarienne et 1,5 % : abdominale.

Les fréquences extrêmes des grossesses abdominales avant été rapportées dans divers pays du monde oscillent entre 1 / 11 000 et 1/50820 GA par accouchement (acct)

Cette différence de Fréquence selon les pays n'est que le reflet du décalage Socio-économique ; en effet, la grossesse abdominale a vu sa fréquence augmenter dans les pays à faible densité médicale. (20,24,30,36,47)

La notion pathogénique la plus classique veut que dans la majorité des cas, la GA soit secondaire, il n'est donc pas étonnant de constater une importante corrélation entre la fréquence de la GA et celle de la GEU.

De plus, la fréquence des GA est encore en augmentation, compte tenu de:

- L'importance que prennent les maladies sexuellement transmissibles et leurs séquelles.
- La fréquence des interruptions volontaires des grossesses
- Le taux croissant des chirurgies tubaires réparatrices.
- L'âge plus tardif de survenue des grossesses chez la femme, ce qui laisse

Largement le temps à des pathologies tubaires ou hormonales de s'installer.

L'incidence de la GA varie aussi selon l'âge, la race, et la parité :

B- L'age :

L'age de la mère a été parfois incriminé comme facteur favorisant la GA. Cependant, il ne semble pas être un facteur très important.

Certains estiment que l'âge avancé de la mère_ n'interviendrait pas directement, que par le fait qu'il augmente la durée d'exposition aux maladies sexuellement transmissibles.(20,24)

C-la race:

Une prédominance raciale est signalée par certains auteurs, l'incidence dans la race noire serait 10 a 25 fois plus importante que celle dans la race blanche. (21)

Cette fréquence, est plus en rapport avec la haute incidence de la pathologie tubaire dans la Population noire qu'avec la prédominance raciale proprement dite : La fréquence des lésions tubaires tuberculeuses, bilharzioses et vénériennes en milieu africain font le lit de la GA, la sous médication accomplit le reste en étant responsable de l'absence du diagnostic précoce de la GA.

D- La parité et la stérilité :

Il s'agit en général de femmes pauci pares (24,56), Certains auteurs estiment que la fréquence de la GA serait plus forte lors de la première et la seconde grossesse, mais les faibles effectifs rendent ces résultats discutables

Mais ce qui compte le plus c'est la présence d'une période de stérilité primaire ou secondaire plus ou moins longue, la notion de stérilité précédant la GA, semble rendre compte en fait d'une inaptitude de la muqueuse utérine a l'implantation de l'œuf favorisant ainsi une implantation ectopique abdominale

II - Etiopathogénie :

A-Facteurs étiologiques

De nombreux facteurs de nature mécanique et, a un degré moindre, de nature biologique, ont été évoqués.

1- Facteurs mécaniques

Retardent ou s'opposent au passage de l'œuf fécondé dans la cavité utérine.

1-1: Facteurs inflammatoires et infectieux :

- La première place revient aux salpingites chroniques dont le principal germe est le chlamydiae Trachomatis, (31.). Cette pathologie évolue le plus souvent a bas bruit, entraînant une destruction lente mais irréversible de l'épithélium tubaire qui devient ainsi impropre au transfert de l'œuf vers la cavité utérine.
- Les salpingites a gonocoque, ayant une évolution relativement moins pernicieuse que celles a chlamydiae, sont aussi responsables de cette affection.
- La tuberculose génitale : cette pathologie rare dans les pays développés, garde une incidence élevée dans de nombreux pays a bas niveau de développement. La aussi, l'évolution relativement silencieuse est a l'origine de remaniements de l'épithélium tubaire et de l'endomètre au niveau duquel des synéchies peuvent apparaitre D'une part, l'endomètre n'est pas apte a la nidation a cause des Cicatrices inflammatoires dont il est l'objet, d'autre part les trompes ne parviennent pas a remplir leur fonction. (38)

Par ailleurs, le traitement antibiotique de ces infections génitales va certes limiter les modifications tubaires, laissant un certain degré de perméabilité,

1-2: Dispositif intra—utérin (DIU) :

Celui-ci a une action essentiellement antinidatoire, et protège mieux contre l'implantation utérine que tubaire, ovarienne ou abdominale; le risque de développer une grossesse ectopique se situe entre 0,8 à 10 %.(22,36) Malgré sa grande efficacité en tant que moyen contraceptif, il multiplie le nombre de grossesses ectopiques par 3 ou 4. Quand il contient de la progestérone. le nombre passe à 6 ou 7. Quand il est porté depuis plus de 2 ans, le risque s'accroît. Des cas de grossesses abdominales associées à un Stérilet ont été décrits par plusieurs auteurs [2, 46].

1-3 : Chirurgie abdomino-pelvienne :

Les adhérences péritubaires sont sources de grossesses ectopiques notamment abdominales, qu'il s'agisse de chirurgie abdominale (appendicite...) ou pelvienne (chirurgie de la stérilité notamment la chirurgie tubaire, endométriose myomectomie). (31,55)

Les taux des grossesses ectopiques observés après chirurgie tubaire dépendent du type d'intervention: 2 à 6% après adhésiolyse, 4,4% après reperméabilisation tubaire, 3 % après plastie proximale et 20 % après plastie distale(30 ,36,50).

1-4 : Stérilisation tubaire :

Le rôle favorisant de la stérilisation tubaire dans la survenue des grossesses ectopiques a été démontré par plusieurs études, ce risque est estimé à 10,9(56), les mécanismes invoqués sont multiples :

- L'obturation tubaire incomplète déformant la structure tubaire
- La reperméabilisation spontanée tubaire après reconstitution anormale de la lumière.
- La formation d'une fistule tubo-péritonéale secondaire

1-5 Antécédents d'avortements, de curetages, de GEU :

Les avortements et leurs séquelles ainsi que les curetages jouent un rôle important dans la constitution d'une GA. (7,21,36,46 , 50)

Les antécédents de GEU sont aussi des facteurs de risque de la GA (21, 22)

1-6: Malformations congénitales :

Elles sont mises en cause par plusieurs auteurs (21,34,75,) on distingue ainsi :

- Anomalies de configuration : brièveté, torsion tubaire.
- Anomalies topographiques : exemple : la présence d'une trompe gravide isolée accolée au petit bassin sans communication ni avec l'utérus ni avec le vagin. [34].
- Anomalies par défaut de développement absence ou état rudimentaire d'une ou des deux trompes
- Anomalies par excès de développement : orifices tubaires accessoires, trompes et pavillons accessoires, canaux borgnes accessoires, diverticules,
- Utérus bicorne unicervical.

1-7 : Tumeurs de voisinage tubaires ou extra-tubaires :

Ces tumeurs (Kystes ovariens, fibromes utérins, kystes para-ovariens) peuvent contribuer à la formation de la GA En entraînant une compression des trompes, elles favorisent la migration ectopique de l'œuf. [55]

1-8 : Spasmes tubaires :

Sont d'origine surtout psycho-somatique (crainte de grossesse, rapports illégitimes). (33)

2) Facteurs biologiques :

Ils regroupent des causes hormonales et ovulaires

2-1 : Les causes hormonales :

- Le rôle des inducteurs de l'ovulation est indiscutable (26,31,35,52,)

L'hyperstimulation peut entraîner un dysfonctionnement tubaire en rapport avec un taux élevé d'oestrogènes et une insuffisance lutéale sur une muqueuse tubaire fonctionnellement ou anatomiquement altérée, ceci favoriserait une nidation ectopique

Il est de même pour l'insémination artificielle et la fécondation in vitro ces techniques par la superovulation qu'elles nécessitent, et par les techniques instrumentales visant soit à l'insémination artificielle, soit au transfert intra-tubaire de l'œuf vont favoriser les nidations ectopiques. . (12,26, 35,42)

- Les grossesses abdominales et les grossesses ovariennes seraient retrouvées à une fréquence 3 à 8 fois supérieure dans les fécondations in vitro par rapport aux grossesses naturelles.(22)
- De même, l'insuffisance lutéale exposerait à une régurgitation menstruelle de l'œuf fécondé vers une trompe. (22)
- La contraception orale : et notamment la micropilule progestative est associée à une augmentation du risque relatif de grossesses ectopiques aux alentours de 10 % du total des grossesses, l'explication réside probablement dans l'atteinte des fonctions tubaires associées à l'absence d'inhibition de l'ovulation caractéristique des progestatifs microdosés.

Enfin, on estimerait à 10 % la fréquence de grossesses ectopiques lors des traitements contraceptifs post-coitaux (Pilule du lendemain) (22,34)

2-2 : Les causes ovulaires :

Sont aussi susceptibles de favoriser une implantation tubaire qui par la suite peut donner une GA secondaire : ovule malformé, de gros volume, irrégulier, issu de gamètes anormaux, un ovule de vitalité faible due a une mauvaise nutrition

B-Pathogénie :

L'apparition d'une GA _ s'explique par divers dysfonctionnements aux différentes étapes de ce processus :

- **Lors de la fécondation :**

Il s'agit d'une fécondation intra—péritonéale ; En effet l'ovule peut rester en péritoine libre jusqu'au jour après |'ovulation, par retard de captation ovocytaire, et peut être fécondé et se nicher sur n'importe quelle structure de la cavité. (7,20)

Dans la littérature, trente cas de GA survenus chez des _ patientes hysterectomisées font retenir cette théorie, parmi celles-ci une seule a abouti a une naissance vivante. (7,20).

- Lors de la migration tubaire de |'œuf :

Il s'agit d'une migration incomplète ou absente par atteinte de l'endothélium tubaire, ceci entraînera une GEU qui en se rompant donnera lieu a une grossesse abdominale. (7,20, 36)

- Lors de la nidation utérine :

C'est l'irruption a travers une zone de fragilité congénitale ou acquise d'une grossesse primitivement intra-utérine : l'œuf quittera l'utérus pour continuer son évolution dans la cavité abdominale. (20, 36, 9)

III- Anatomie pathologique:

A-Classification :

1)- Classification ancienne :

La grossesse abdominale peut être classée en deux formes, primitive et secondaire : (1, 37, 40)

1-1: La forme primitive:

Elle est rare, son authenticité reste a discuté

1-2 : La forme secondaire :

Est la plus fréquente, elle peut provenir d'une grossesse tubaire rompue, d'un avortement tubo-abdominal ou peut être la conséquence d'une grossesse intra utérine secondairement abdominale a l'occasion d'une rupture de cicatrice d'hystérotomie, d'une brèche de perforation utérine, ou d'une rupture d'une corne rudimentaire. (40)

Cette classification reste plutôt théorique vu les difficultés de préciser en opératoire l'intégrité de la trompe ou de l'utérus, surtout si la grossesse a évolué jusqu'au voisinage du terme.

2)- Classification Récente : (36,50)

En 1990, Martin et ses collaborateurs ont proposé une nouvelle classification basée sur l'âge gestationnel (AG) et la localisation de l'implantation ovulaire, distinguant ainsi la GA précoce de la GA tardive :

2-1 : La GA précoce

Dont AG est moins de 20 semaines d'aménorrhée avec une implantation trophoblastique qui s'effectue sur l'utérus, le ligament large, le péritoine pariétal ou le cul-de-sac de DOUGLAS(1,36) aussi sur le foie ,la rate ,la vésicule et le diaphragme(4,34)

La plupart des femmes se présentera dans un état de choc hypovolémique, résultat des ruptures vasculaires au niveau du site d'implantation.

2-2 : La GA tardive

Correspondant a un AG de plus de 20 semaines d'aménorrhée (1,36). Ici, survient le problème de la viabilité fœtale qui devient possible a partir de 24 a 26 semaines d'évolution.

Dans le cas de GA avancée la zone d'implantation placentaire est de bonne qualité, ce qui permet la poursuite de la grossesse

Le placenta s'implante dans ce cas, sur l'utérus, le ligament large, le Douglas, le colon, et le tablier épiploïque.

B- Eléments ovulaires :

1) - le placenta

les sites d'implantation les plus fréquemment retrouvés sont : le cul de sac de Douglas, la face postérieure de l'utérus et la paroi externe du fond utérin, le placenta s'implante rarement voire exceptionnellement en extra-pelvien, notamment sur le tablier épiploïque, le foie, la rate, la vésicule, le mésentère et le diaphragme

Les villosités placentaires peuvent créer des zones de nécrose, des fistules et des hémorragies en pénétrant certains organes, les villosités choriales sont en général normalement développées

2)-Le sac ovulaire :

Il peut exister et comprendre un amnios et un chorion. Le plus souvent, il est virtuel et le fœtus est libre dans la cavité péritonéale au contact des organes voisins

qui sont le siège d'une hypervascularisation et d'une réaction fibrineuse, il peut également exister et être renforcé par des adhérences viscérales. (48).

3)- liquide amniotique:

Il est généralement peu abondant, épais, rendant le fœtus plus fragile, ce qui sera responsable de déformations fœtales (25,48)

4)-Le fœtus :

L'hypotrophie fœtale est souvent sévère. Il existe des déformations souvent asymétriques du crâne, de la face, des membres et des extrémités liées à la compression : aplatissement de la tête, micro pieds et mains bots. Mais parfois, le fœtus peut être de poids normal et sans aucune anomalie de structure (20,28,50,58).

C- Eléments maternels :

1)-L'utérus :

A terme, il peut atteindre les dimensions d'un utérus gravide d'environ 3 mois, SA Muqueuse présente une décidualisation, et la caduque peut être expulsée lors de la grossesse, d'un faux travail ou dans les suites de couches, [27]

2) Les organes abdomino-pelviens :

Les organes où s'implante le placenta qui présentent des réactions d'hypervascularisation et d'exsudation fibrineuse, réalisent au maximum des fausses membranes. (49)

L'atteinte du grand épiploon s'explique par son rôle phagocytaire dans la cavité abdominale. Par ailleurs, sa vascularisation peut être accentuée. (34)

3)-les annexes

Quand il s'agit d'une GA primitive, elles paraissent intégrales.

Quand la GA est secondaire, leurs parois présentent des signes de rupture

avec implantation placentaire, mais quand la GA est avancée, les annexes sont difficilement localisées car elles sont comprimées et déformées par la masse extra-utérine, ou sont incluses dans une coque développée au dépend des organes voisins.

IV- Elements du diagnostic :

A- Diagnostic clinique :

Le diagnostic de la GA n'est pas toujours aisé.(36,40),l'interrogatoire doit être mené de façon méthodique et minutieuse . L'examen clinique est capital et très évocateur surtout en cas de GA avancée a condition d'y penser (25,50)

1)-Interrogatoire :

1-1 Antécédents :

Il s'agit souvent de femmes ayant un passé gynécologique chargé

La découverte de facteurs de risque favorisant la GA (même s'ils ne sont pas incriminés de façon directe) permettra, en s'aidant d'autres éléments de l'anamnèse, d'évoquer le diagnostic.

1-2 : Interrogation concernant la GA au stade de début (<5 mois) :

Le diagnostic de la GA jeune ne diffère pas de celui d'une GEU (1,22,40,52,) Le tableau classique : aménorrhée ,métrorragies douleurs, est bien connu et doit faire suspecter le diagnostic chez toute femme en période d'activité génitale

1-3: Interrogatoire concernant la GA évoluée :

La plupart des signes sont restés sensiblement les mêmes :

a) Les saignements sont irréguliers et variables en intensité

b) La survenue de nausées et de vomissements au cours du 3 trimestre est fortement évocatrice (28, 37).

c) e) L'altération de l'état général est fréquente, secondaire à l'anémie (21, 48,56) dont les signes peuvent exister.

d) Un élément nouveau apparaît : les mouvements foetaux haut situés dans l'abdomen rapportés par la mère contribuant aux douleurs abdominales et les exacerbant même.

Ajoutons à cela les signes suivants :

e) L'évolution vers le faux travail est tellement caractéristique qu'elle doit à elle seule faire évoquer le diagnostic de GA.

f) Le dépassement de terme et la rétention de fœtus mort (25, 28, 56)

g) Les signes compressifs : en rapport avec la compression des organes voisins par le fœtus :

- Le syndrome occlusif ou subocclusif (20, 25, 28, 36, 40, 50, 56): il est dû à une implantation de l'œuf soit directement sur les anses intestinales, soit secondaire à une strangulation ou une agglutination d'anses par des brides amniotiques.
- L'ictère : par compression des voies biliaires
- Les signes urinaires : oligurie, dysurie, pollakiurie, parfois même une hématurie quand il s'agit d'une implantation vésicale du placenta (44).

2)-Examen clinique :

2-1 Concernant la GA au stade de début:

L'abdomen est généralement souple, respire bien. Cependant, un météorisme peut être constaté dans les formes tardives.

On peut retrouver une sensibilité sus-pubienne ou une douleur provoquée d'une fosse iliaque en rapport avec un hémopéritoine: (52)

L'examen au spéculum permet de ressortir les signes d'imbibition gravidique et de confirmer l'origine endo ou exo utérine des saignements ainsi que leur caractère, et au toucher vaginal : (22)

- Le col : est fermé, douloureux à la mobilisation, de siège normal.
- L'utérus : mou et de taille plus petite que ne le suggérerait l'aménorrhée.
- L'examen des annexes : permet de retrouver une masse latéro-utérine, sensible, rénitente, et douloureuse, parfois un empatement douloureux ou simplement une sensibilité de l'annexe sans masse.
- L'examen du cul de sac de DOUGLAS : surtout au toucher rectal, fait ressortir le classique cri du DOUGLAS » témoignant d'un épanchement sanguin.

2-2 concernant la GA évoluée:

L'inspection renseigne sur l'état général, permet souvent de constater que l'abdomen est étalé, en rapport avec une présentation transversale ou asymétrique du fait d'une présentation oblique (25,28, 37, 40, 49, 56)

La palpation abdominale va confirmer la position anormale du fœtus qui est superficiel, peu mobile, haut situé mais surtout irréductible (21,25,28,56).

La stimulation manuelle de l'utérus ne déclenche pas de contractions. À mesure que l'on s'approche du terme, l'auscultation des bruits du cœur fœtaux devient plus forte et d'un timbre plus clair que normalement

Le toucher vaginal combiné au palper abdominal trouve un col fermé latéralement dévié et très haut situé souvent fixé à la symphyse pubienne(21, 25,40)un utérus est peu augmenté de volume dévié alors que le sac ovulaire est

plus pateux et hétérogène. Le fœtus est perçu en position haute, transversale, irrégulier et indépendant de l'utérus.

B)-Diagnostic para clinique.

1)-Dosages hormonaux :

1-1 : Dosage de la fraction HCG (hormone gonadotrophique chorionique) .

Une valeur > 10 mUI/ml affirme l'état gravidique sans pour autant donner une idée sur la localisation de la grossesse.

Un taux anormalement élevé de HCG surtout lorsqu'il est associé a un utérus vide permet d'évoquer le diagnostic de la grossesse abdominale [

1-2 : Dosage de a foeto-proteine (a FP) :

L'alphafoeto-proteine est une substance synthétisée par le foie foetal permettant le dépistage des anomalies du tube neural et d'autres anomalies fœtales. Son taux se voit augmenter en cas de GA avec un taux d'alerte situé a 12 fois la normale. (19,39)

2)- Echographie:

Cet examen anodin, est d'une valeur capitale dans l'orientation diagnostique, Il est considéré actuellement comme l'examen de choix pour le diagnostic de la GA.

2-1- Dans les GA débutantes : (9.22)

L'échographie réalisée par voie transabdominale et surtout par voie endovaginale, recherchera des signes indirects rarement des signes directs (sac gestationnel ectopique avec grossesse évolutive)

- La vacuité utérine : il faut éliminer l'éventualité parfois très trompeuse, d'un pseudosac gestationnel

L'existence d'une masse latéro-utérine : non spécifique

- L'épanchement du cul-de-sac de DOUGLAS : se traduit par une plage anéchogène, de taille variable, située en arrière de l'utérus.

2-2- Dans les GA évoluées : (1,6,8,36)

En général, on recherchera :

- Une cavité utérine souvent rétractée derrière la vessie sous forme d'une image arrondie en relation avec le vagin, mais cette image n'est pas toujours évidente
- Un fœtus en position ectopique entouré d'échos intestinaux avec lesquels il est en contact direct avec absence de paroi utérine entre fœtus et vessie.
- Les propriétés acoustiques des anses intestinales seront d'une grande aide pour Poser le diagnostic,
- Une insertion aberrante du placenta en dehors des limites de la cavité utérine est plus difficile a préciser mais capitale dans l'approche chirurgicale.
- La mort in utéro sera diagnostiquée devant le double contour du crane et un coeur immobile

L'échographie permet aussi le dépistage des malformations fœtales éventuelles et d'un oligoamnios.

3) Abdomen sans préparation (ASP)

C'est un examen simple, peu coûteux, accessible dans les pays a bas niveau socio-économique, il comporte un risque d'irradiation fœtale avec ses conséquences malformatives, il sera demandé devant toute présentation anormale, du terme.

4)- Imagerie par résonance magnétique (IRM) :

Inoffensive et tridimensionnelle, elle a été utilisée dans un but diagnostique mais aussi dans la surveillance de l'involution placentaire ,Les données recueillies ont permis de définir les rapports exacts du fœtus, du placenta, et de l'utérus (25,68)

Les caractéristiques de la GA en IRM sont les Suivants :

- Corps et tête foetaux ainsi que le placenta doivent être identifiés en extra-utérin.
- Absence de paroi utérine entre le fœtus et la vessie.
- Rapports étroits entre le corps foetal et la paroi abdominale d'une part, et le placenta et les intestins d'autre part.
- Fœtus en position ectopique notamment transverse.
- Présence d'un oligoamnios et d'un utérus séparé augmenté de volume.
- Mise en évidence d'un épanchement péritonéal ce qui est rare dans une Grossesse normale.

5)-Tomodensitométrie (TDM) : (21,36,40)

Lorsqu'on ne dispose pas d'IRM, cet examen peut avantageusement être utilisé dans les grossesses avancées.Cet examen ne fournit pas plus de renseignements que l'échographie a part une meilleure localisation des limites du placenta.

6)-Hystérosalpingographie (HSG) :

Cet examen a perdu son intérêt en milieu équipé depuis l'avenement de l'échographie [25] Lorsqu'elle est effectuée, surtout apres la mort foetale, confirme le diagnostic de GA en objectivant une petite cavité utérine vide bien visible avec un squelette foetal a côté et en dehors. (3,47,50)

7)-Artériographie :

Cet examen irradiant est très rarement utilisé dans un but diagnostique strict, mais davantage pour visualiser des connexions vasculaires du placenta ou lorsqu'une embolisation est envisagée (57)

8)-Coelioscopie :

C'est l'examen de choix dans le diagnostic de la GA jeune . Elle peut en permettre une confirmation précoce et éviter de multiples laparotomies inutiles

9)-Laparotomie exploratrice :

Elle permet d'asseoir le diagnostic quand les autres examens n'ont pu être concluants (24), et en même temps d'adapter une attitude thérapeutique curative. Elle doit être pratiquée en dernier recours.

10)-Amnioscopie :

Elle est le plus souvent impossible : En montrant des membranes, elle permet d'éliminer le diagnostic. (28)

C- Diagnostic différentiel :

La GA constitue le plus souvent un diagnostic d'élimination du fait de sa rareté, il conviendrait — pour une étude diagnostique complète — de citer ici les pathologies pouvant prêter confusion avec cette entité pathologique :

- 1) Grosses intra-utérine associée a un fibrome ou kyste ovarien.
- 2) Présentation de l'épaule.
- 3) Présent de siège avec rétrécissement pelvien.
- 4) Grossesse extra-utérine tubaire.
- 5) Placenta praevia .:

- 6) Rupture utérine :
- 7) Hématome rétro-placentaire (HRP) :
- 8) Grossesse molaire :
- 9) Grossesse et colique hépatique ou néphrétique.
- 10) Grossesse et appendicite.
- 11) Grossesse et cholécystite.
- 12) Grossesse et pyélonéphrite.
- 13) Grossesse et pancréatite.
- 14) Occlusion sur grossesse.
- 15) Torsion du kyste de l'ovaire ou d'un fibrome pédiculé

On peut évoquer aussi

- 16) 16) Une grossesse sur utérus malformé (utérus bicorne....).
- 17) 17) Rétention d'œuf mort in utéro.

V- Evolution et complications:

Dans certains cas, la GA évolue favorablement aux environs du terme, on peut même le dépasser sans complications. On a parfois de grandes chances d'extraire un enfant vivant et bien constitué : cette éventualité reste assez rare (20, 28, 50,

Néanmoins, l'évolution de la GA peut être émaillée de multiples complications :

A-Complications hémorragiques: (20,43)

- Hémopéritoine.
- Hématome rétro-péritonéal.

- Hématome rétro- placentaire (lié a l'insertion vellamenteuse du cordon ombilical).
- Hématome intra-ovulaire.
- Hémorragie dans un organe creux

B- Complications infectieuses (18,30, 36, 50, 56)

Celles-ci sont dues a la perforation trophoblastique d'un organe creux dont le contenu septique sera responsable d'un tableau de péritonite ou de sepsis et en cas de mort foetale, on peut avoir une infection secondaire de l'œuf et développement d'un abcès ovulaire.

C- Complications digestives (28, 30, 50,57)

Les complications digestives sont a type :

- Accidents occlusifs.
- Compression hépatobiliaire.
- Elimination rectale du produit ovulaire.

D- Lithopédion :(23,41)

C'est le résultat final d'une grossesse abdominale non diagnostiquée et non traitée

Le tableau se résume souvent en la découverte d'une masse pelvienne et ou abdominale qui peut prêter le change avec un tératome ovarien, un myome calcifié, une endométriose génitale ou une tumeur digestive. Mais parfois, les cas sont découverts de façon fortuite au moment de l'acte opératoire, a l'exploration radiologique ou ultrasonore, ou a l'autopsie.

A noter que la rétention peut être plus ou moins longue de 4 a 60 ans

VI- Traitement :

Le traitement de La GA est uniquement chirurgical, il aura pour but, d'assurer le sauvetage foetal sans compromettre le pronostic maternel. Il faut donc extraire l'enfant et procéder a l'ablation du placenta si possible, après avoir évalué le risque d'accident hémorragique. (25)

A- Le choix de la date de l'intervention :

Deux éventualités sont a considérer

- Le fœtus est vivant.
- Le fœtus est mort.

1)-Le fœtus est vivant :

Pour plusieurs auteurs, l'urgence du geste opératoire est nuancée selon la viabilité fœtale.

1-1 Si le fœtus est viable :

L'extraction du fœtus doit être urgente des que le diagnostic est posé et sans attendre le terme. Cette attitude est rapportée unanimement par tous les auteurs (20,21,40) vu le risque foetal et maternel de la survenue du faux travail et du décollement placentaire.

1-2 Si le fœtus n'est pas viable

Le moment optimal de l'intervention se situe a la 36^{ème} semaine, dans l'espoir d'obtenir un enfant ayant le maximum de chance de survie, car statistiquement une GA qui a évolué jusqu'au 5^{ème} mois a de grandes chances d'arriver a terme ou au voisinage du terme(84,51).

D'autres auteurs attendent volontairement le faux travail et la mort du fœtus pour profiter de l'involution placentaire et diminuer le risque hémorragique.(28)

2)-Le fœtus est mort :

Quand le fœtus est mort, les partisans de l'intervention précoce, redoutant l'infection ovulaire, interviennent dès que possible par laparotomie (15,21,48,51).

Les autres attendent au moins 10 jours , voire plusieurs semaines (= 6 semaines) l'involution placentaire qui suit la mort fœtale, limitant les risques hémorragiques per-opératoires.

B- L'intervention chirurgicale, conduite a tenir vis a vis du placenta:
(25,27,49)

Quand le diagnostic de GA est posé et qu'un acte chirurgical est décidé, il se doit dans un premier temps de compenser les troubles hydro-électrolytiques surtout une hypoprotidémie et une anémie associée. Un bilan d'hémostase sera pratiqué et il faut évaluer le risque hémorragique en pré-opératoire et prévoir des réserves de sang

Deux voies d'abord veineuses seront mises en place, une préparation digestive est aussi souhaitable vu le risque de chirurgie digestive associée.

La voie d'abord idéale est la laparotomie médiane sous ombilicale, débordant plus ou moins largement l'ombilic; Ceci permet une exploration convenable du petit bassin et de la cavité abdominal

L'extraction de fœtus est souvent aisée en raison de sa situation antérieure, après décollement prudent des anses intestinales, des adhérences épiploïques, et

après Ouverture du sac ovulaire s'il existe avec ligature du cordon le plus près du placenta

L'ablation du placenta, dans la mesure où cela est possible, représente l'attitude de choix pour une guérison rapide et des suites opératoires simples, elle doit être prudente, sinon il existe un risque immédiat d'hémorragie massive en nappe, parfois incontrôlable, il est donc nécessaire d'étudier l'extension du placenta qui n'est appréciée correctement qu'à ventre ouvert, après ouverture et extraction du fœtus avant l'ablation du placenta.

Certains auteurs préconisent de laisser le placenta en place toutes les fois où

- L'aire de l'implantation est très importante.
- L'insertion empiète largement les organes nobles (foie, uretère), et les gros vaisseaux.
- L'implantation se fait sur les anses intestinales et le méésentère.

En pratique, le placenta est laissé in situ dans 42% des cas. Dans ce cas, le cordon est sectionné au ras de son insertion afin d'éviter la formation de kyste au niveau du placenta.

La résorption spontanée et lente du placenta expose à un certain nombre de risques :

- a) Complications infectieuses péritonite, abcès, sepsis intra abdominal.
- b) Perforation, fistule, éventration.
- c) Complications hémorragiques par décollement secondaire.
- d) La survenue d'un choriocarcinome.
- e) Occlusions sur brides cicatricielles ou adhérentielles dues à l'altération péritonéale liée à l'acte opératoire d'une part, et à l'exsudation fibrineuse qui circonscrit la masse placentaire d'autre part.
- f) Pré-éclampsie et éclampsie.

g) faux kystes ovulaires dont la paroi est faite de tissu chorial involuqué que la ponction ne suffit pas à résorber.

h) Douleurs abdominales séquellaires

La surveillance de l'involution placentaire est assurée par l'échographie et les dosages répétés des hormones placentaires.

Certains auteurs proposent l'utilisation d'antimitotiques notamment le méthotrexate dans le but de hâter l'involution du trophoblaste.

L'administration d'une dose quotidienne de 10mg pendant cinq jours fait constater la chute plus rapide des éliminations hormonales.

Ce médicament sera réservé aux cas d'insertions placentaires dangereuses et au cas d'ascension progressive du taux d'HCG faisant craindre la survenue d'un choriocarcinome.

C- Les suites opératoires :

Les suites pourront être simples notamment lorsque l'exérèse placentaire a été totale, et que la patiente n'a pas perdu trop de sang, ou lorsque la grossesse abdominale était jeune. (24, 56,57)

Quand le placenta est laissé in situ, le suivi post opératoire sera dans ce cas long, car il permettra de s'assurer de la bonne involution placentaire.

Ce suivi sera réalisé par des contrôles hebdomadaires au début puis plus espacés du taux de BHCG, et par des examens successifs d'imagerie (IRM, tomodensitométrie, échographie).

Plusieurs auteurs (5,36) qui ont étudié l'involution placentaire, en décrivant une décroissance d'abord lente puis rapide du taux de BHCG à partir de la 10^eme

semaine avec une augmentation paradoxale à 5 semaines. La restitution placentaire ad-integrum se faisant en 3 à 5 ans.

D- Place de la coelochirurgie dans le traitement de la GA

Du fait de l'importante analogie et d'une filiation fréquente entre GA et GEU, la coelochirurgie trouve toute sa place dans le traitement de la GA jeune. Ses avantages par rapport à la laparotomie sont nombreuses (1)

- Absence de cicatrice abdominale.
- Suites opératoires simples.
- Réduction de la durée d'hospitalisation et du temps d'indisponibilité
- Diminution de la fréquence des adhérences post opératoires

Ces avantages doivent être mis en balance avec le risque hémorragique de l'acte opératoire.

De plus, il apparaît clairement que la stratégie thérapeutique dépend de deux facteurs essentiels.

- La taille de l'œuf: il semble que le terme de 12 SA soit une limite au traitement cœlioscopie.
- La localisation trophoblastique : la règle première de tout acte coelio-chirurgical est de pouvoir être au contact de la zone hémorragique. Les localisations trophoblastiques situées au niveau du DOUGLAS, apparaissent être difficilement abordables par coelioscopie hormis le cas d'une grossesse jeune et de petite taille.

VII- Pronostic :

A-Pronostic maternel

1)-La mortalité maternelle

Est diversement estimée de 4,8 a 6 % (37), elle serait due d'une part au retard diagnostique et d'autre part a des fautes techniques liées a la tentative d'extirpation complète du placenta inséré sur les viscères abdominaux (7)

2)-La morbidité maternelle

Difficile a préciser, est grevée par les complications post-opératoires, hémorragiques, infectieuses et digestives.

Des interventions sont possibles pour:

- occlusion intestinale
- hémorragie secondaire.
- drainage d'un abcès abdominal.

Des douleurs abdominales peuvent persister pendant plusieurs mois voire des années.

De même, la patiente peut garder comme séquelle une fièvre intermittente et des malaises.

- La fertilité ultérieure est toujours compromise, on rapporte des chiffres de 30 à 40 % de grossesses ultérieures a terme (15)

B- Pronostic fœtal :

1) La mortalité périnatale

Varie entre 75 et 95% (21 ,56,)

La moitié des fœtus nés viables, décède dans la période périnatale dans un tableau de détresse respiratoire secondaire a l'hypoplasie pulmonaire engendré par

l'oligoamnios fréquemment rencontrés en cas de_ grossesse abdominale
(20,21,48),le tiers des survivants meurt avant 5 ans (21,48)

2) La morbidité fœtale:

L'enfant qui naît d'une GA peut être porteur d'une ou_ plusieurs malformations. Le taux de ces malformations est estimé à 30 à 90 % (20,21,40,48). Certains de ces enfants ont un développement normal tant physique qu'intellectuel, avec une scolarisation normale.

Cas cliniques

OBSERVATION 1

Il s'agit d'une patiente âgée de 38 ans, G3P3, qui présente depuis 10 jours avant son admission des douleurs pelviennes diffuses, d'intensité modérée, spontanées et continues sur une aménorrhée de 10 semaines

La patiente a consulté en urgence dans un tableau de choc hémorragique, l'examen général trouve une patiente consciente, TA: 10/5, pouls a 100, une fréquence respiratoire a 20 cycles /min. La palpation abdomino pelvienne est douloureuse, l'examen gynécologique trouve un bombement de Douglas douloureux

Vu l'urgence, une culdocentèse a été réalisée ramenant de sang rouge coagulable

Une laparotomie a été effectuée, l'exploration objective un hémopéritoine de moyenne abondance (500cc), un utérus augmenté de taille, la présence d'un sac gestationnel avec fœtus faisant 12SA en rétro utérin avec placenta accolé au niveau de l'annexe gauche, trompe droite de mauvaise qualité et l'ovaire droit sans anomalie

L'exérèse du placenta était complète mais au prix d'une annexectomie gauche
Le post opératoire était simple et sans complications

OBSERVATION 2

Il s'agit de mme KH, âgée de 25 ans, nulligeste, ayant une stérilité primaire de 5 ans non bilantée, sans antécédents médicochirurgicaux notable, qui consulte pour métrorragies faites de sang noirâtres minimales apparues depuis 3 semaines sur une aménorrhée de 3 mois.

L'examen gynécologique trouve un col gravide violacé, fermé postérieur, un utérus difficile à apprécier vu la sensibilité pelvienne, un cul de sac de Douglas tombant et douloureux au TV (cri de Douglas)

En même temps que la mise en condition de la patiente, celle-ci a bénéficié d'une échographie pelvienne ayant objectivé une masse arrondie échogène hétérogène rétro utérine mesurant 94/74mm, un épanchement de grande abondance intéressant la gouttière pariéto colique gauche et espace interspléno rénal, cependant l'utérus était de taille normale avec une ligne de vacuité épaissie

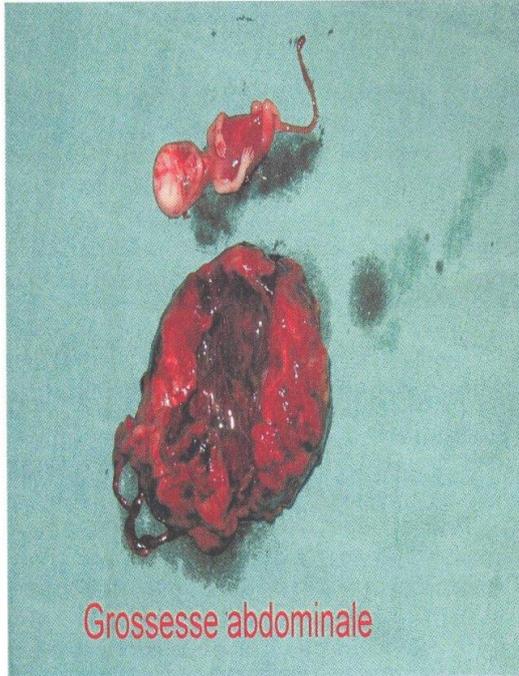
La patiente a été acheminée au bloc pour suspicion d' grossesse abdominale, une laparotomie médiane sous ombilicale a été réalisée, l'exploration a objectivé un hémopéritoine (1000cc), un pelvis adhérentiel, l'utérus et les annexes normaux et un cul de sac de Douglas comblé par une grossesse abdominale faite d'un placenta de 12cm et un embryon de 4 cm

L'extraction de fœtus et de placenta était aisée, lavage abondant a été préconisé.

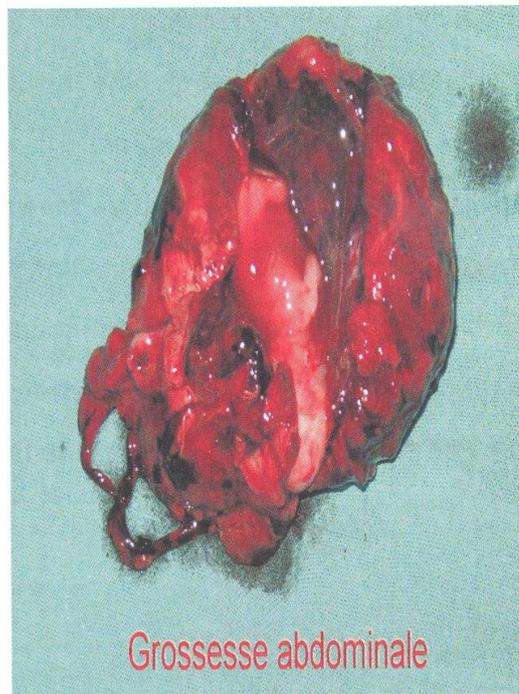
Les suites opératoires étaient simples et la patiente fut sortante au 9^eme jours de son hospitalisation



Image 1 : rétro utérine de 94/74mm



Grossesse abdominale



Grossesse abdominale

OBSERVATION 3

Il s'agit de mme T.A, âgée de 33 ans, mariée depuis 6 ans, aucipare, sans aucun facteur de risque de GEU, hospitalisée pour douleur pelvienne aigue au niveau de la fosse iliaque droite sur aménorrhée de 3 mois avec saignement minime type sépia.

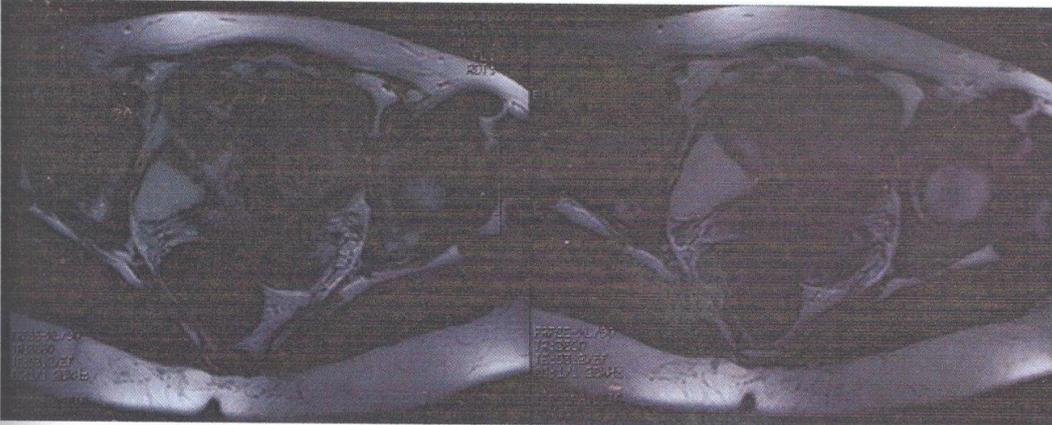
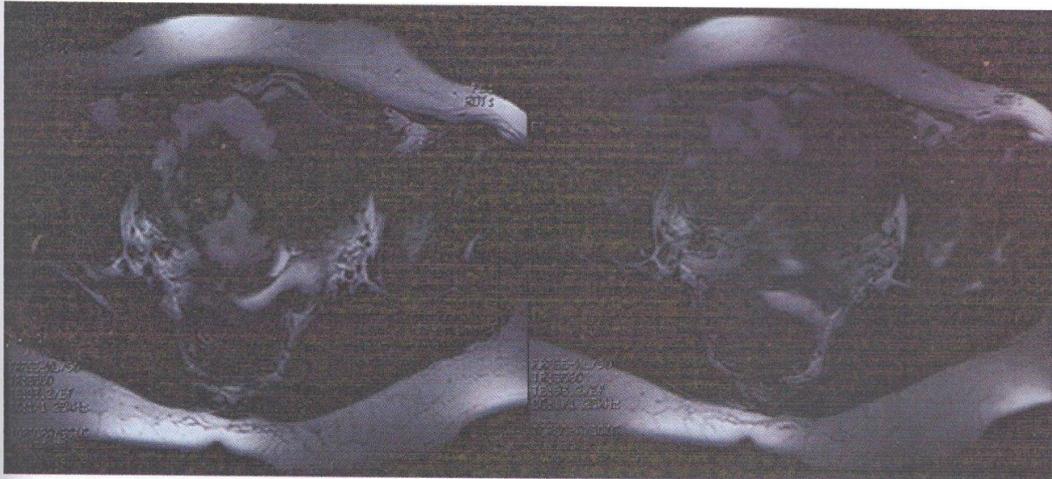
L'examen général trouve un patiente normo tendu, apyrétique, stable sur le plan hémodynamique, un col gravide au spéculum ,utérus légèrement augmenté de taille avec la présence d'une masse latéro et rétro utérine sensible a la mobilisation, difficile a limiter, de consistance molle .

Une échographie pelvienne a objectivé un utérus vide, la présence d'un sac gestationnel avec grossesse évolutive de 14 SA en la latéro et rétro utérin droit faisant évoquer une grossesse abdominale

L'investigation paraclinique a été complété par une IRM dans un cadre nosologique est dont le résultat était en faveur d'une grossesse abdominale.

Une laparotomie a été indiquée, l'exploration a révélé la présence d'une grossesse abdominale siégeant au niveau de Douglas, le placenta inséré sur la face postérieure de | utérus et de l'annexe droite, la trompe gauche adhérentielle avec en épanchement de faible abondance

L'extraction de sac gestationnel avec la totalité du placenta a été réalisé, le post opératoire immédiat était simple.



APPORT D'IRM DANS LE DIAGNOSTIC DE LA GROSSESSE ABDOMINALE

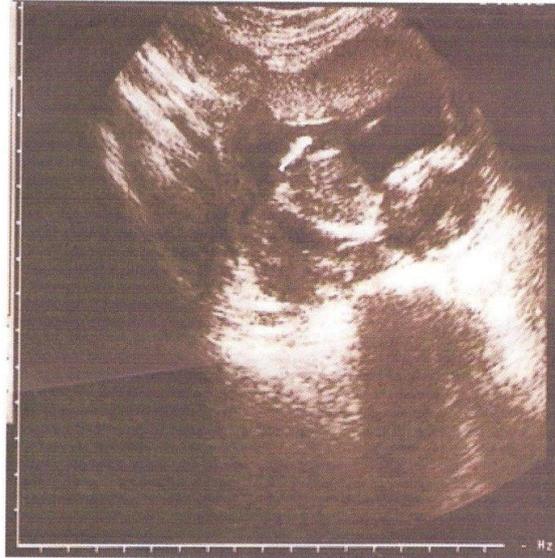
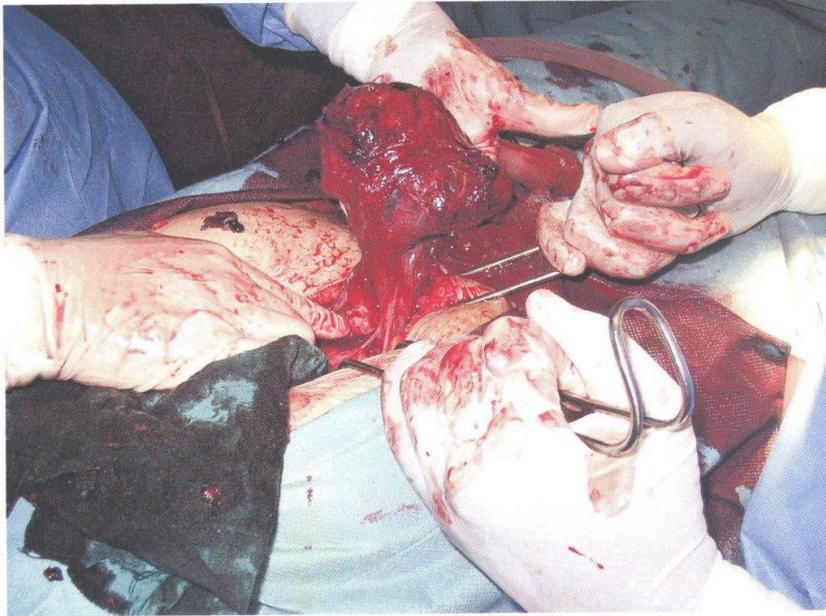
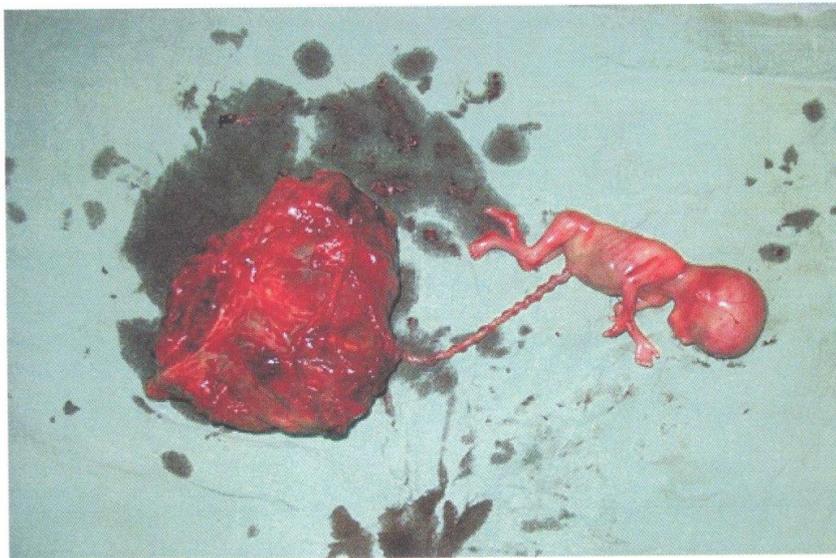


IMAGE LATERO UTERINE FAISANT EVOQUER UNE G ROSSESSE ABDOMINALE

du placenta en monobloc



Vue en per opératoire d'une grossesse abdominale jeune



EXERESE complète du fœtus et du placenta en monobloc

Discussion

Nous analyserons ici les particularités et les similitudes de nos cas clinique par rapport aux données émanant de la littérature :

1-l'épidémiologie et les antécédents

L'âge moyen de nos patientes est de 30 ans ce qui correspond a la tranche d'âge rapportée par Poizat et RENAUD(24,80), a la limite inférieure selon CETIN(24) qui signalé la fréquence des GA surtout chez les femmes plus de 30 ans

L'incidence de la grossesse abdominale est plus fréquente dans la race noire (115,21) ceci serait du plus a la fréquence de la pathologie tubaire dans la population noire qu'a la prédominance raciale, et dans nos cas les patientes étaient de race blanche

Conformément aux données de littérature (20,24,30,36) qui signalent la fréquence des GA dans les pays peu médicalisés,nous constatons que nos patientes sont issues des milieux défavorables rendant difficile l'accès à la consultation en milieu spécialisé et à un stade précoce

La grossesse abdominale est plus fréquente lors de la première et la deuxième grossesse selon BEACHAM et RENAUD(15), 3,5 parité selon FORESTER (45), ceci concorde avec deux patientes

Comme dans la littérature, la notion de stérilité dans les antécédents joue un rôle favorisant la GA qui peut s'étaler sur une période de 5 a 14 ans ,ceci concorde avec une de nos patientes .Plusieurs autres facteurs rapporté précédemment ,n'ont pas été retrouvés dans les antécédents de nos patientes

II- le motif de consultation et |l'histoire clinique

Le motif de consultation était la survenue de douleur pelvienne aigue sur aménorrhée de premier trimestre chez toutes nos patientes.

III- les examens complémentaires

Le diagnostic clinique d'une grossesse abdominale n'est pas une chose aisé, seules 42%

Des GA sont diagnostiquées en préopératoire, ceci en se basant sur des études faites par plusieurs auteurs (27,33,45,51)

A-l'échographie :

C'est un examen clé qui a permis de poser le diagnostic positif dans 2 cas , en objectivant et conformément a la_ littérature (1,36,40,57) des signes incontestables en faveur de diagnostic :

- un fœtus en extra utérin et en milieu des visceres abdominales
- un placent ectopique
- un utérus vide de taille subnormale

B-L'imagerie par résonnance magnétique

Cet examen a permis le diagnostic de la GA selon plusieurs auteurs (25,68),c' était le cas pour une de nos patiente

IV -la conduite thérapeutique

Vu l'état hémodynamique instable (état de choc) de deux de nos patientes, une laparotomie en urgence a été décidé, quant à la troisième, elle a été réalisée a froid.

1 -La voie d'abord :

La voie d'abord choisie a été une laparotomie médiane sous ombilicale, cette voie a été rapportée par plusieurs auteurs selon CHARLES et CLOUP (25,28)

2-l' extraction du fœtus et du placenta

dans 80% des cas , l'ablation du placenta est possible quand son adhérence est limitée aux annexes,a l'épiploon et a l'utérus au prix d'une annexectomie, amentectomie ou une hysterectomie (25,28,50).

L'exérèse complete et isolée de fœtus et du placenta a été possible chez deux nos patientes, chez la troisième cette exérèse a été réalisé au prix d'une annexectomie

Selon une étude faite par HRRESHCHYSHYN(54) a propos de 73 cas de grossesse abdominale : dans 49% des la localisation placentaire intéressait l'utérus, dans 61% elle intéressait les annexes.

V -les suites opératoires

Celle-ci ont été particulièrement favorables et sans complications,cette évolution simple se voit souvent quand l'exérèse placentaire a été complète et a été remarquée par plusieurs auteurs dont CETIN(24),ILKOLLI(56),KERR (62)

VI -le pronostic maternel

Selon BECHAM (15), seules 30 a40% des grossesses ultérieures arrivent a terme, le reste est exposé a 3 éventualités :

- stérilité
- fausse couche
- récurrence

la mortalité maternelle est estimée par plusieurs auteurs entre 0 et 18% (20,40,48), elle est due au retard diagnostique de la GA et aux fautes techniques lors de l'intervention vis-a-vis du placenta, elle est de 6 a14% selon CETIN(24) et 4,8 à 6% pour DUCHAMP(37) et BAMBARA(13) malheureusement, nos patientes ont été perdues de vue

CONCLUSION

Au terme de cette étude, a travers ces cas de grossesses abdominales et revue de littérature, nous avons pu tirer certaines conclusions :

- deux types de grossesses abdominales sont a distinguer :
 - o la GA primitive: ou l'oeuf s'implante d'emblée dans la cavité abdominale
 - o la GA secondaire : plus fréquente, où l'oeuf se développe dans la cavité abdominale suite a une brèche utérine, un avortement tubo abdominal Ou a une grossesse ovarienne
- ce type de grossesse est exceptionnel dans les pays médicalisés, sa fréquence reste augmentée dans les pays sous médicalisés, ceci étant en rapport avec l'augmentation des facteurs de risque dont on citera l'infection génitale haute ou basse, les antécédents d'avortements et de curetages et enfin l'éventuelle utilisation d'inducteur d'ovulation.
- nous constatons que la symptomatologie est très polymorphe et les signes cliniques inconstants et ne prennent toute leur valeur que si la probabilité d'une grossesse abdominale a pu être évoquée
- le diagnostic sera confirmé par les examens complémentaires :
 - o l'échographie abdominale: seule peut confirmer en objectivant la vacuité utérine et un fœtus en dehors de celle-ci
 - o IRM et TDM semblent être les examens d'avenir:d' une part ils confirment le diagnostic rapporté par l'échographie, d'autre part ,ils permettent d'étudier l'extension placentaire et de suivre l'évolution
- A propos de traitement ,l'intervention doit être immédiate si le fœtus est viable ou si le diagnostic est posé avant 5 mois de grossesse.On reportera l'intervention si on est proche de la viabilité ,si l'enfant est sans

déformations échographiquement visibles, si la grossesse bien supporté et si une surveillance maternelle et fœtale est assurée.

En cas de mort foetal, on attendra 4 à 8 semaines avant d'intervenir. le placenta, selon les cas pourra être enlevé ou abandonné dans l'abdomen. l'emploi de la chimiothérapie dans ce dernier cas reste réservé aux cas d'insertion placentaire dangereuse et aux cas de craintes de survenue d'un choriocarcinome.

- le pronostic maternel a bénéficié des progrès de la réanimation, il reste cependant menacé par les complications hémorragiques lors de l'intervention
- le pronostic foetal s'est lui aussi amélioré, il demeure cependant assombri par une lourde mortalité. Par contre, ces enfants, développés dans de mauvaises conditions, arrivés viables dans les environs de terme au prix parfois de déformations ont des chances appréciable de survie

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Atrash HK, Friede A,
'Hogue CJR. Abdominal pregnancy in the United States: frequency and maternal morbidity.
Obstet Gynecol 1987;69: 333-7.
- [2] Bénifla JL, Bardou D, Sebban E, Darai E, Madelenat P. Masson Editeur. La grossesse extra-utérine chapitre 6, 38-46.
- [3] Ombelet W, Vandermerwe JV, Van Assche FA.
Advanced extra-uterine pregnancy: description of 38 cases with literature survey.
Obstet
Gynecol Surv 1988;43:386-97.
- [4] Martin Jr JN, Sessums JK, Martin RW, Pryor JA, Morrisson JC.
Abdominal pregnancy: current concepts of management.
Obstet Gynecol 1988;71:549-57.
- [5] Costa SD, Presley J, Bastert G.
Advanced abdominal pregnancy.
Obstet Gynecol Surv 1991;46:515-25.
- [6] Lepers S, Besserve P, Montravers P.
Anesthetic management for delivery of an abdominal pregnancy. Ann FrAnasth Reanim 1999;18-5:530-3.

[7] Altow A.

Abdominal pregnancy.

Am Fam Physician 1990;41-1:209-14.

[8] Berghella V, Wolf SC.

Does primary omental pregnancy exist?

Gynecol Obstet Invest 1996;42:133-6.

[9] Ferland RJ, Chadwick DA, O'Brien JA, Granai III CO.

An ectopic pregnancy in the upper retroperitoneum following in vitro fertilization and embryo transfer.

Obstet Gynecol 1991;78:544-6.

[10] Hallat JG, Grove JA.

Abdominal pregnancy: a study of twenty-one consecutive cases. Am J Obstet Gynecol 1985;152:444-9.

[11] Hainaut F, Mayenga JM, Crimail P.

Grossesse abdominale tardive. A propos d'un cas.

Rev Fr Gynecol Obstet 1991;86:522-8.

[12] Nehra PC, Loginski SJ.

Pregnancy after vaginal hysterectomy.

Obstet Gynecol 1984;64:735-7.

- [13] Jackson P, Barrowclough IW, France JT, Phillips LI.
A successful pregnancy following total hysterectomy.
Br J Obstet Gynaecol 1980;
87:353-5.
- [14] Tan KL, Vengadasalam D, Leon TH.
Recurrent abdominal pregnancy.
J Obstet Gynaecol Br Commonw 1971;78:1044-6.
- [15] Neiger R, Weldon K, Means N.
Intra mural pregnancy in a cesarean section scar. A case report.
J Reprod Med 1998;43:999-1001.
- [16] Kinzler WL, Scorza WE, Vintzileos AM.
Recurrent uterine rupture after abdominal pregnancy.
J Matern fetal Med 2001;10:423-5.
- [17] Oehninger S, Kreiner D, Bass MJ, Rosenwaks Z.
Abdominal pregnancy after in vitro fertilization and embryo transfer.
Obstet Gynecol 1988;72:499-502.
- [18] Fish B, Peled Y, Kaplan B, Zehavi S, Neri A.
Abdominal pregnancy following in vitro fertilization in a patient with previous
bilateral salpingectomy.
Obstet Gynecol 1996;88:642-3.

- [19] Kalchman GG, Meltzer RM.
Interstitial pregnancy following homolateral
salpingectomy. Am J Obstet Gynecol 1966;96-8:1139-40.
- [20] Moonen Delarue MWG, Haest JWG.
Ectopic pregnancy three times in line of which two advanced abdominal pregnancies.
Eur J Obstet
Gynecol Reprod Biol 1996;66:87-8.
- [21] Deshpande N, Mathers A, Acharya U.
Broad ligament twin pregnancy following in vitro fertilization.
Hum Reprod 1999;14-3:852-4.
- [22] Persad PS, Dwarakanath LS.
Disregarding clinical features leads to misdiagnosis.
Am J Obstet Gynecol 1996;174:296-7.
- [23] Uzan M, Von Theobald P, Lucas V, Barjot P, Liegeois P, Levy G.
Grossesse ectopique abdominale : deux cas traités par coeliochirurgie.
J Gynecol Obstet Biol Reprod 1993;22:429-30.
- [24] Abossolo T, Sommer JC, Dancoisne P, Orvain E, Tuailon J, Isoard L.
Grossesse abdominale du premier trimestre et traitement coeliochirurgical.
J Gynecol Obstet Biol Reprod 1994;23:676-80.

[25] Sfar E, Kaabar H, Marrakechi O, Zouari F, Chelli H, KharoufM, et al.
La grossesse abdominale, entité anatomoclinique rare. A propos de quatre cas
(1981-1990). Rev Fr Gynecol Obstet 1993;88-4:261-5.

[26] Diouf A, Diouf F, Cisse CT, Diallo D, Gaye A, Diadhiou F.
La grossesse abdominale a terme avec enfant vivant. A propos de deux observations.
J Gynecol Obstet Biol Reprod 1996;25:212-5.

[27] Hall JM, Manning N, Moore NR, Tingey WR, Chamberlain P.
Antenatal diagnosis of a late abdominal pregnancy using ultrasound and magnetic
resonance imaging: a case report of successful outcome.
Ultrasound Obstet Gynecol 1996;7:289-92.

[28] Murphy WD, Feiglin DH, Cisar CC, Al-Malt AM, Bellon EM.
Magnetic resonance imaging of a third trimester abdominal pregnancy.
Magn Reson Imaging 1990;8:657-9.

[29] Cohen JM, Weinreb JC, Lowe TW, Brown C.
MR Imaging of a viable full-term abdominal pregnancy.
Am J Roentgenol 1985;145:407-8.

[30] Wagner A, Burchardt AJ.
MR Imaging in advanced abdominal pregnancy.
A case report of fetal death. Acta Radiologica 1995;36:193-5.

[31] Carpenter T, Evans P, Wheeler T.

An unusual mode of delivery. Br J

Obstet Gynaecol 2001;108:436-7.

[32] Shumway JB, Greenspoon JS, Khouzami AN, Platt LD, Blakemore KJ.

Amniotic fluid alpha fetoprotein (AFAFP) and maternal serum alpha fetoprotein (MSAFP) in abdominal pregnancies: correlation with extent and site of placental implantation and clinical implications.

J Matern Fetal Med 1996;5:120-3.

[33] Bendvold E, Raabe N.

A case report and a brief review of the literature.

Acta Obstet Gynecol Scand 1983;62:377-9.

[34] Echenique-Elizondo M, Carbonero K.

Full term abdominal pregnancy, mother and infant survival.

J Am Coll Surg 2001;231:192-192.

[35] Duchamp de Chastaigne M, Mezin R.

Association grossesse abdominale-grossesse intra—utérine au troisième trimestre. J

Gynecol Obstet Biol Reprod 1994;23:440-3.

[36] Ludwig M, Kasi M, Bauer O, Diedrich K.

The forgotten child. A case of heterotopic, intra-abdominal and_ intrauterine pregnancy carried to term.

Hum Reprod 1999;14-5:1372-4.

[37] Sfar E, Kchir N, Chelli H, Kharouf M.

Une observation rare de grossesse abdominale : le lithopédion.

La Tunisie médicale 1993;71-5:283-6.

[38] Bambara M, Dao B, Bamouni YA, Koalaga PA, Bazie AJ, Kone B.

Grossesse abdominale et grossesse tubaire. A propos d'un cas. Un fait clinique exceptionnel.

Gynecol Obstet Fertil 2000;28:446-9.

[39] Strafford JC, Ragan WD.

Abdominal pregnancy review of current management.

Obstet Gynecol 1977;50-5:548-52.

[40] Delke J, Veridiano NP, Tancer ML.

Abdominal pregnancy: review of current management and addition of ten cases.

Obstet Gynecol 1982; 60:200-3.

[41] Martin Jr JN, McCaul IVJF.

Emergent management of abdominal pregnancy.

Clin Obstet Gynecol 1990;33-3:438-47.

[42] Dubinski T, Guerra Fgormaz G, Maklad N.

Fetal survival in abdominal pregnancy: a review of eleven cases.

J Clin Ultrasound 1996;24: 513-7.

[43] Dubinski T, Guella F, Ivankovic M, Robert A, Gonzalez P, Espinoza R, et al.
Normal pulmonary development in two anhydramniotic abdominal pregnancies.
J Ultrasound Med 1994;13:412-5.

[44] Cartwright PS, Brown JE, Davis RJ, Thieme GA, Boehm FH.
Advanced abdominal pregnancy associated with fetal pulmonary hypoplasia: report
of a case.
Am J Obstet Gynecol 1986;155:396-7.

[45] Stevens CA.
Malformations and deformations in abdominal pregnancy.
Am J Med Genet 1993;47:1189-95.

[46] Hage ML, Wall LL, Killiam DPA.
Expectant management of abdominal pregnancy. A report of two cases.
J Reprod Med 1988;33-4:407-10.

[47] Yu S, Penissi JA, Moukhtar M, Friedman EA.
Placental abruption in association with advanced abdominal pregnancy. A case
report.
J Reprod Med 1995;40:731-5.

[48] Vela V, Teo J.
Term viable abdominal pregnancy: a case report and review.
Aust N Z Obstet Gynaecol 2001;41-3:344-5.

[49] Malian V, Lee JHE.

MR Imaging and MR angiography in an abdominal pregnancy with placental infarction.

Am J Roentgenol 2001;177: 1305-6.

[50] Bajo JM, Garcia-Frutos A, Huertas A.

Sonographic follow-up of a placenta left in situ after delivery of the fetus in an abdominal pregnancy.

Ultrasound Obstet Gynecol 1996;7:285-8.

[51] Spanta R, Roffman LE, Grissom TJ, Newland JR, McManus BM.

Abdominal pregnancy: magnetic resonance identification with ultrasonographic follow-up of placenta involution.

Am J Obstet Gynecol 1987;157:887-9.

[52] Kerr A, Trambert J, Mikhail M, Hodges L, Runowicz C.

Preoperative transcatheter embolization of abdominal pregnancy: report of three cases.

J Vasc Interv Radiol 1993;4:733-5.

[53] Martin Jr JN, Ridgway III LE, Connors JJ, Sessums JK, Martin RW, Morrison JC.

Angiographic arterial embolization and computed tomography-directed drainage for the management of hemorrhage and infection with abdominal pregnancy.

Obstet Gynecol 1990;76:941-5.

[54] Belfar HL, Kurtz AB, Wapner R).

Long-term follow-up after removal of an abdominal pregnancy: ultrasound evaluation of the involuting placenta. J Ultrasound Med 1986;5:521-3.

[55] El Kareh A, Beddoe AM, Brown BL.

Abdominal pregnancy complicated by bilateral ureteral obstruction. A case report. J Reprod Med 1993;38-11:900-2.

[56] Hreshchyshyn MM, Bogen B, Loughran CH.

What is the actual present-day management of the placenta in late abdominal pregnancy? Analysis of 101 cases. Am J Obstet Gynecol 1961;81-2:302-17.