

CAS CLINIQUE

UN ÉTAT DE CHOC PARTICULIER : UNE RUPTURE SPONTANÉE DE GROSSESSE HÉTÉROTOPIQUE

AZONGMO M (1), ZHU L (2), LORENZO-VILLALBA N (3), CARDOS B (4), YERNA M (5), ALI D (5)

RÉSUMÉ : La grossesse hétérotopique est une pathologie rare. Elle est décrite comme la coexistence d'une grossesse intra-utérine et d'une grossesse extra-utérine, quelle que soit la localisation de cette dernière. Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 28 ans, sans notion de procréation médicalement assistée, qui a été admise aux soins d'urgence dans un état de choc hémorragique. Le diagnostic de grossesse hétérotopique tubaire rompue a été posé en peropératoire. Malgré la rareté de cette entité, il est fondamental pour les cliniciens de la connaître afin d'évoquer la possibilité de ce diagnostic. L'échographie endovaginale précoce est l'examen de choix pour l'aide au diagnostic. Ce dernier reste néanmoins difficile en raison d'une symptomatologie déroutante. La présence d'une grossesse intra-utérine chez une femme en âge de procréer n'exclut dès lors pas la présence d'une grossesse ectopique associée. Le diagnostic tardif peut conduire à des conséquences fatales pour la maman, pour sa fertilité ultérieure ainsi que pour l'évolution de la grossesse intra-utérine.

MOTS-CLÉS : *Grossesse hétérotopique - Choc hémorragique - Échographie endovaginale*

INTRODUCTION

La grossesse hétérotopique est une entité rare dont l'incidence est en augmentation en raison du développement de la procréation médicalement assistée, de l'âge maternel avancé, des antécédents gynécologiques infectieux. Les cas survenant lors d'une conception naturelle sont extrêmement rares. Dans les deux types de conception, la localisation ectopique tubaire est la plus fréquente.

Le cas clinique que nous présentons décrit bien le défi que représente cette pathologie pour les cliniciens et les urgentistes. Par ailleurs, il illustre la nécessité d'évoquer cette hypothèse diagnostique malgré la présence de facteurs confondants.

- (1) Service des Urgences, CHU Liège, Belgique.
- (2) Service des Urgences, Hôpital de Jolimont, La Louvière, Belgique.
- (3) Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, France.
- (4) Département des Sciences de la Santé publique, ULiège, Belgique.
- (5) Service des Urgences, CHC MontLégia, Liège, Belgique.

A PARTICULAR STATE OF SHOCK : SPONTANEOUS RUPTURE OF A HETEROTOPIC PREGNANCY

SUMMARY : Heterotopic pregnancy is a rare pathology. It is defined as the coexistence of an intrauterine pregnancy and an extrauterine pregnancy, whatever its location. The presence of an intrauterine pregnancy in a woman of child-bearing age does not therefore exclude the presence of an associated ectopic pregnancy. Late diagnosis can lead to fatal consequences for the mother, subsequent fertility as well as for the intrauterine pregnancy. We report the case of a 28-year old female patient, without any notion of assisted reproduction, who was admitted to the emergency department for hemorrhagic shock. The diagnosis of ruptured tubal heterotopic pregnancy was made intraoperatively.

KEYWORDS : *Heterotopic pregnancy - Hemorrhagic shock - Transvaginal ultrasound*

CAS CLINIQUE

Une patiente de 28 ans d'origine africaine, enceinte de 14 semaines d'aménorrhée (SA), est admise aux urgences pour douleur abdominale présente depuis six heures, de survenue brutale, associée à des vomissements et de la diarrhée. Elle ne présente pas de métrorragie. Il n'y a pas de notion de procréation médicalement assistée. Les jours précédents étaient sans particularité notable.

La patiente a consulté son gynécologue à 11 SA. Une échographie abdominale a été réalisée et montrait la présence d'une grossesse intra-utérine évolutive, les annexes étaient visualisées et décrites comme étant sans particularité. Dans ses antécédents obstétricaux, on note une pré-éclampsie sévère à 32 SA lors de la grossesse précédente ayant nécessité une extraction fœtale par césarienne. La patiente est sous acide acétylsalicylique 160 mg une fois par jour. Notons que la présence d'une hypertension artérielle gravidique avait été exclue.

À l'admission aux urgences, la patiente est bien alerte. La palpation abdominale est douloureuse en région pelvienne mais sans défense. On objective une tachypnée à 30 par minute, une fréquence cardiaque à 115 battements par minute et une pression artérielle à 90 mmHg de systolique. La patiente est apyrétique. Le reste de l'examen clinique est sans particularité.

Le bilan biologique met en évidence une hémoglobine à 9,1g/dL, une coagulation

normale et un taux d'hormone chorionique gonadotrophique bêta (bêta-HCG) à 77.599 U/L. Le groupe sanguin est B positif.

Au vu du tableau clinique, un traitement par administration de 500 ml de soluté cristalloïde et d'une antalgie de palier 1 en intraveineux est initié. L'état clinique de la patiente se détériore rapidement après 30 minutes. Elle présente un état de choc hypovolémique, avec une pression artérielle systolique à 40 mmHg accompagnée d'une tachycardie sinusale à 150 battements par minute. La gazométrie artérielle montre une acidose métabolique sévère avec un pH à 6,9, une lactatémie à 700 mg/L, un excès de base à -8 mmol/L. Devant cette évolution péjorative, le médecin urgentiste évoque l'hypothèse d'une rupture de grossesse ectopique.

La réalisation d'une échographie abdominale en urgence révèle la présence d'un volume important de liquide libre intra-péritonéal et confirme la présence d'une grossesse intra-utérine d'approximativement 10 SA, avec une activité cardiaque fœtale présente. Par ailleurs, aucune masse annexielle n'est objectivée par cet examen. La réalisation d'une tomodensitométrie abdominale est évoquée mais réfutée au vu de l'instabilité de la patiente.

Le protocole de transfusion massive est activé devant ce tableau de choc hémorragique et la patiente bénéficie de l'administration d'un gramme d'acide tranexamique, de deux unités de concentré érythrocytaire, de deux unités de plasma frais congelé et d'un pool plaquettaire.

La patiente est transférée immédiatement au bloc opératoire. Une laparoscopie de type «first look surgery» est initialement réalisée, mais convertie rapidement en laparotomie après mise en évidence d'un hémopéritoine d'environ 3.500 mL. Durant l'intervention, trois autres unités de concentré érythrocytaire sont administrées. Le diagnostic de grossesse extra-utérine tubaire droite rompue est affirmé en peropératoire. Une salpingectomie est ainsi réalisée.

La patiente est, par la suite, transférée en Unité de Soins Intensifs où elle a séjourné 48 heures avant d'être transférée dans une unité de soins banalisés. Les suites post-opératoires ont été simples. L'anatomo-pathologie de la pièce de résection opératoire est compatible avec une grossesse extra-utérine isthmique droite rompue.

L'évolution de la grossesse intra-utérine est favorable avec une césarienne élective à 39 SA donnant lieu à un enfant de sexe masculin en bonne santé.

Aucune complication durant la période péripartum n'est observée.

DISCUSSION

La grossesse hétérotopique est souvent méconnue des urgentistes en raison de sa rareté, surtout chez les femmes jeunes en conception naturelle. Elle correspond à l'association d'une grossesse intra-utérine et extra-utérine. Elle a été décrite pour la première fois en 1708 par Duvernet en post-mortem (1). Son incidence augmente avec le développement de la procréation médicalement assistée. Dans ce cas, sa prévalence est de 1 à 3 %. Sa survie en cas de conception naturelle est exceptionnelle et est estimée entre 0,006 % à 1/30.000 cas (1).

La localisation la plus fréquente de d'implantation ectopique est tubaire dans les deux types de conception (3). La corne utérine, l'ovaire, le col, l'abdomen, cités ici par ordre de fréquence, sont d'autres localisations rarement décrites dans la littérature (2, 3).

Les facteurs de risque décrits dans la littérature sont les pathologies tubaires, la chirurgie tubaire, la maladie inflammatoire pelvienne (PID), la chirurgie pelvienne, les malformations utérines et l'ensemble des risques liés aux techniques de reproduction assistée, principalement lors d'usage d'inducteurs d'ovulation (3, 4).

La symptomatologie clinique est variable. Dans 24 % des cas, la patiente est asymptomatique (2, 4). Les douleurs abdominales et les métrorragies peuvent dominer le tableau clinique dans, respectivement, 54 % et 72 % des cas (5). Il existe, par ailleurs, des signes trompeurs pouvant mimer un avortement spontané, éventuellement hémorragique. Les diagnostics différentiels sont essentiellement la torsion d'annexe et la fausse couche.

La difficulté majeure, retrouvée dans ce cas clinique, est que la présence d'une grossesse intra-utérine confirmée peut éloigner de l'esprit du clinicien l'hypothèse d'une grossesse extra-utérine concomitante et retarder la prise en charge adéquate qui se doit d'être rapidement chirurgicale.

Le Gold Standard pour le diagnostic de grossesse hétérotopique est une échographie endovaginale entre la 5^e et la 8^e SA. Ainsi, 70 % des diagnostics se font à cet intervalle d'âge gestationnel tandis que 20 % des cas sont diagnostiqués entre la 9^e et la 10^e SA. Après 11 SA, 10 % seulement de ces grossesses sont dépistées (5, 6). Selon Li et coll., l'échographie endovaginale possède une excellente sensibilité quant au diagnostic de grossesse hétérotopique (7).

Le cas clinique que nous rapportons est particulièrement rare en raison de la conception spontanée chez une patiente ne présentant aucun des facteurs de risque décrits dans la littérature. Le diagnostic chez notre patiente n'a pu être posé qu'en peropératoire. L'échographie endovaginale réalisée à la 11^{ème} semaine d'aménorrhée s'était avérée sans particularité.

Après rupture, la présence d'un important hémopéritoine peut empêcher de visualiser l'image annexielle pathologique. Des niveaux de bêta-HCG plus élevés que ceux correspondant à une grossesse intra-utérine unique pourraient potentiellement orienter vers le diagnostic (8).

Le traitement de la grossesse hétérotopique est basé sur l'élimination de la grossesse extra-utérine, la conservation si possible de la grossesse intra-utérine et la préservation de la fertilité ultérieure tout en limitant les risques de récurrence. La prise en charge de traitement repose donc sur la chirurgie qui, elle-même, est guidée par l'état hémodynamique de la patiente (9). En cas de stabilité hémodynamique, la laparoscopie associée à une salpingectomie est prioritaire (10). Si l'état hémodynamique est précaire en raison de la rupture de la grossesse ectopique, on a recours à une laparotomie, comme dans le cas rapporté.

Le pronostic maternel est celui de la grossesse extra-utérine, il est défavorable quand le diagnostic est fait tardivement. Les complications sont alors infectieuses, hémorragiques, digestives et peuvent mener jusqu'au décès.

CONCLUSION

La grossesse hétérotopique de conception naturelle est une entité rare. La difficulté diagnostique pour les cliniciens réside dans l'hétérogénéité des présentations cliniques et l'existence d'une grossesse intra-utérine concomitante. En l'absence de symptômes, ce diagnostic est, la plupart du temps, non suspecté. Quand les plaintes apparaissent tardivement, le pronostic vital peut être engagé, comme illustré dans notre cas. La priorité demeure la stabilisation de l'état hémodynamique et la prise en charge chirurgicale.

Dès lors, il est fondamental de savoir que la présence d'une grossesse intra-utérine n'exclut pas formellement la coexistence d'une grossesse de localisation ectopique et qu'il faut rechercher cette dernière, surtout devant tout tableau clinique évocateur d'une grossesse extra-utérine. Tout retard de diagnostic et de prise en charge peut avoir des conséquences dramatiques sur le pronostic de la mère et du fœtus intra-utérin.

IMPLICATIONS CLINIQUES

- La grossesse hétérotopique est une entité dont l'incidence croît avec l'évolution des techniques d'assistance à la procréation. Sa survenue lors d'une conception spontanée est exceptionnelle, mais existe.

- La rupture spontanée de la grossesse extra-utérine est souvent le seul mode de présentation clinique. Le principal facteur confondant pour l'équipe soignante est la présence d'une grossesse intra-utérine évolutive prouvée. Le pronostic vital de la patiente et du fœtus intra-utérin peut rapidement être engagé.

- En médecine d'urgence, le challenge est d'évoquer la grossesse hétérotopique comme diagnostic différentiel devant un tableau clinique qui peut être frustré. Cela permettrait d'orienter de façon adéquate une prise en charge diagnostique et thérapeutique précoce, en y joignant les intervenants adéquats.

BIBLIOGRAPHIE

1. Famaghi S, Kothari A. Heterotopic pregnancy: a report of two cases. *Australas J Ultrasound Med* 2013;**16**:30-6.
2. Chadee A, Rezaei S, Kirby C, et al. Spontaneous heterotopic pregnancy: dual case report and review of literature. *Case Rep Obstet Gynecol* 2016;**2016**:2145937.
3. Na ED, Jung I, Choi DH, et al. The risk factors of miscarriage and obstetrical outcomes of intrauterine normal pregnancy following heterotopic pregnancy management. *Medicine (Baltimore)* 2018;**97**:e12233.
4. Nabi U, Yousaf A, Ghaffar F, et al. Heterotopic pregnancy - A diagnostic challenge. Six case reports and literature review. *Cureus* 2019;**11**:e6080.
5. Yamoah KK, Girm Z. Heterotopic pregnancy: should we instrument the uterus at laparoscopy for ectopic pregnancy. *BMJ Case rep* 2012;**2012**:bcr2012006497.
6. Rezaei S, Giovane RA, Minton H et al. Laparoendoscopic single-site surgery for management of heterotopic pregnancy: a case report and review of literature. *Case Rep Obstet Gynecol* 2018;**2018**:7232637.
7. Li XH Y, Ouyang Y, Lu GX. Value of transvaginal sonography in diagnosing heterotopic pregnancy after *in vitro* fertilization with embryo transfer. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2013;**41**:563-9.
8. Hassani KM, El Bouazzaoui A, Khatouf M, Mazaz K. Heterotopic pregnancy: a diagnosis we should suspect more often. *J Emerg Trauma Shock* 2010;**3**:304.
9. Bright DA, Gaupp FB. Heterotopic pregnancy: a reevaluation. *J Am Board Fam Pract* 1990;**3**:125-8.
10. Tal J, Haddad S, Gordon N, Timor-Tritsch I. Heterotopic pregnancy after ovulation induction and assisted reproductive technologies: a literature review from 1971 to 1993. *Fertil Steril* 1996;**66**:1-12.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr Azongmo M, Service des Urgences, CHU Liège, Belgique.
Email : azongmomurielle@gmail.com