

Grossesse cornuale rompue à l'Hôpital Général de Référence Hakika à Lubumbashi : à propos d'un cas

David N. Umbedi ^{1,2}, Mack B. Makangila ¹, Eugene K. Umba ¹

¹Institut Supérieur des Techniques Médicales de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

²Hôpital Général de Référence Hakika, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

Résumé

Introduction. La grossesse cornuale est une affection rare (2%) de grossesse extra-utérine redoutable de par son caractère morbide. Elle peut être diagnostiquée par coelioscopie, échographie ou en per opératoire si elle est rompue. En cas de rupture il y a une hémorragie importante. Le traitement est essentiellement basé sur la chirurgie. Nous rapportons le cas d'une grossesse cornuale rompue découverte en per opératoire chez une patiente de 24 ans, admise pour algie pelvienne avec notion d'aménorrhée et de pâleur cutané muqueuse. L'échographie a montré un épanchement abondant. Le test urinaire de Beta-hcg était positif. La suspicion d'une grossesse extra-utérine a conduit à une laparotomie d'urgence. L'objectif de cette étude est de présenter la prise en charge de la grossesse cornuale rompue après son illustration et le démarche diagnostique.

Mots-clés : Grossesse cornuale, Rompue.

Introduction

Physiologiquement, la fécondation s'effectue au niveau du tiers externe de la trompe, puis l'œuf migre dans la cavité utérine où se produira la nidation. La Grossesse Extra-Utérine (GEU) ou la nidation ectopique, est l'implantation et l'évolution de l'œuf en dehors de la cavité utérine. La fréquence de la GEU a doublé au cours de ces dernières années (2% des grossesses soit 14000 par an, en France), coïncidant avec la recrudescence des facteurs favorisants [1].

Les principaux facteurs de risque sont : les antécédents de grossesse extra-utérine, chirurgie tubaire, tabagisme, antécédents salpingite, grossesse sur stérilet les infections sexuellement transmissibles [1-3].

Les GEU sont les plus souvent situées dans la portion médiane de la trompe (grossesse ampullaires), les autres localisations, moins fréquentes sont la corne utérine

(grossesses cornuales), la portion de la trompe qui traverse le myomètre (grossesse interstitielles), le col utérin (grossesse cervicale), l'ovaire ou la cavité abdominale [3]. Schématiquement, on retrouve deux types de localisations : les grossesses tubaires et extra tubaires. Les grossesses tubaires concentrent à peu près 95% des grossesses extra-utérines. Elles se composent des grossesses suivantes : les grossesses ampullaires (60% des cas), les grossesses isthmiques estimées à 25% et les grossesses interstitielles. Les localisations extra tubaires (grossesse abdominale, grossesse ovarienne et grossesse cervicale) sont de l'ordre de 5% [2].

Cliniquement nous avons la notion d'aménorrhée, des métrorragies foncées, sépia distillante et une douleur latéralisée irradiant vers les épaules si hémopéritoine. A l'échographie on peut retrouver un sac gestationnel très excentré dans la cavité, près d'une corne, soit un utérus vide, l'hématosalpinx. La biologie montre la β HCG posi-

Correspondance:

David N. Umbedi, Institut Supérieure des Techniques Médicales de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

Téléphone: +243 995 801 184 - Email: davidngoy001@gmail.com

Article reçu: 11-05-2022 Accepté: 14-06-2022

Publié: 18-06-2022



Copyright © 2022. David N. Umbedi *et al.* This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Pour citer cet article: Umbeni DN, Makangila MB, Umba EK. Grossesse cornuale rompue à l'Hôpital Général de Référence Hakika à Lubumbashi : à propos d'un cas. Revue de l'Infirmier Congolais. 2022;6(2):18-22. <https://doi.org/10.62126/zqrx.2022624>

tive [3]. Rappelons par ailleurs l'existence de l'utérus bicorne avec corne rudimentaire qui est une malformation rare (défaut de progression d'un de deux canaux de Müller). La grossesse peut accidentellement s'y implanter d'où rupture utérine. Son incidence est de 1/100.000 à 1/140.000 [4].

Le traitement consiste en une cœliochirurgie, cependant en cas d'hémopéritoine massif avec état hémodynamique instable préférer la laparotomie. Si GEU précocement dépisté, le méthotrexate sera utilisé comme traitement médical [5]. Nous rapportons un cas de grossesse ectopique cornuale rompue chez une patiente de 24 ans avec aménorrhée de 7 semaines, ayant bénéficié d'un traitement chirurgical et a connu une évolution favorable. L'objectif de cette étude est de présenter la prise en charge de la grossesse cornuale rompue après son illustration et le démarche diagnostique.

Observation clinique

S'agissant d'une patiente âgée de 24 ans, qui a consulté les urgences de l'Hôpital Général de Référence (HGR) Hakika de la commune Ruashi à Lubumbashi pour la douleur intense du bas ventre, la fatigue et la pâleur. Le début remontait à deux jours précédant la consultation, par la douleur abdominale, le vertige, une chute brusque et un léger ballonnement abdominal. La patiente a utilisé Doxycycline et Buscopan à domicile avec un léger amendement de la douleur. La persistance et l'exacerbation de cette dernière ont motivé la patiente à consulter l'HGR Hakika pour une meilleure prise en charge. Ses antécédents révèlent une aménorrhée de 7 semaines, pas de contraception, P3G5A1Do, célibataire, notion d'infection vulvo-vaginale à répétition. Aux compléments d'anamnèse, nous avons le gaz++, pleurs continuel, pas de vomissement ni des signes urinaires.

Cliniquement, la température était de 36,7C°, la tension artérielle 80/37mmHg, la pulsation 94 battements par minute; l'examen physique mettait en évidence les conjonctives palpébrales pâles, faciès souffrant, bouche peu humide, thorax : tachycardie et respiration superficielle; l'abdomen était légèrement distendu, sensibilité généralisée avec une légère défense musculaire. A l'examen du sphère génital; la vulve était souillée des sécrétions sanguinolentes, utérus plus ou moins globuleux, col (axial long admettant la pulpe de doigt, doigtier souillé de sang) au toucher vaginal. La ponction Transabdominale a ramenée du sang plus ou moins noirâtre. Nous avons conclu à une Grossesse Extra-Utérine Rompue (GEU rompue).

L'hémogramme avait montré une anémie avec un taux l'hémoglobine à 7g% et l'échographie avait mis en évidence un hémopéritoine abondant. Elle a bénéficié des solutés, de la transfusion sanguine et les antalgiques. Devant cet état de choc hémorragique, une laparotomie en urgence a été pratiquée.

En per opératoire, nous avons constaté un hémopéritoine important qui a été aspiré. Nous avons repéré la rupture de la corne utérine gauche et le produit de la conception a été trouvé in situ sur la brèche que nous avons enlevé, la portion ampullaire et isthmique de la trompe gauche étaient intacts.



Figure 1. Brèche dans la corne utérine

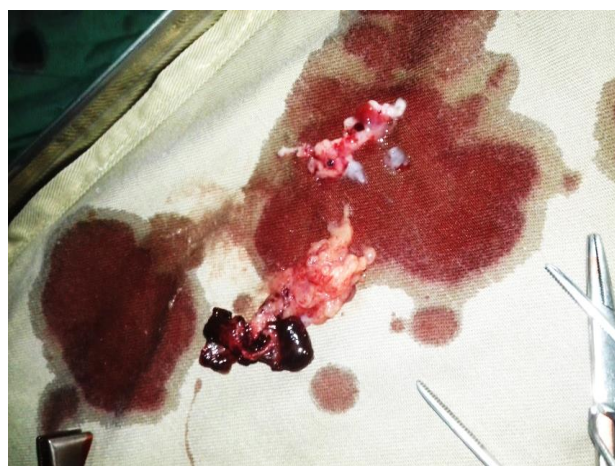


Figure 2. Les produits de conception

La brèche a été réparée avec du catgut chromique n°2 suivi de la suture étagée de la paroi abdominale après nettoyage de la cavité abdominale. Les suites opératoires ont été simples et la patiente a quitté l'hôpital après 7 jours d'observation.

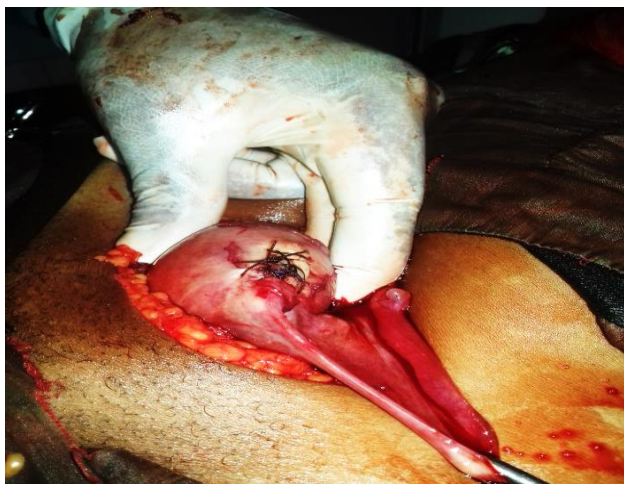


Figure 3. Réparation de la brèche

Discussion

La grossesse dans la corne utérine demeure une entité rare qui représente près de 2% des grossesses extra-utérines et son diagnostic repose presque toujours sur la coelioscopie [6]. À Antananarivo en 2012 sur 107 cas des grossesses extra-utérines, Randriambololona a trouvé 1,87% de grossesse à localisation cornuale [7]. Ce chiffre est similaire à celui trouvé par Gabkika à Ndjama Sud soit 1,9% sur 52 cas de GEU en 2014 [8]. Nadi a obtenu 9 cas de grossesse cornuales sur 532 cas de grossesse extra utérine soit 1,70% dans une étude réalisée au CHU Dijon en 2017 [10]. En revanche un chiffre supérieur des grossesses interstitielles de 4,3% a été retrouvé par Bangambe sur 123 cas de GEU en 2012 à l'Hôpital de l'Amitié Sinocongolaise à Kinshasa [9]. La rareté dans notre milieu de la grossesse extra utérine cornuale est une évidence.

Au sujet de l'âge, notre patiente avait 24 ans. Cet âge est inférieur à l'âge moyen chez les patientes ayant souffert de la GEU qui était de 31,94 ans selon les résultats obtenus par Nabil à Tunis en 2013 [11] et à celui de 30,72 ans trouvé par Randriambololona en 2012 à Antananarivo [7]. D'autres séries d'études montrent l'âge moyen de 28,3 ans pour Gabkika en 2015 au Tchad et $26,3 \pm 4,1$ ans dans l'étude de Bangambe à Kinshasa en 2016 [8,9].

Concernant les facteurs favorisants dans la survenue de la GEU dans notre étude nous pensons que les infections sexuellement transmissibles seraient les facteurs favorisants car notre patiente avait comme antécédent les infections pelviennes à répétition. Les valeurs sont variables, selon Randriambololona, nous pouvons énumérer : IVG, Fausse couche spontanée, les infections sexuellement transmissibles IST, Tabac, pour

contraception et chirurgie pelvienne [7]. Gabkika signale les IST, interruption volontaire de la grossesse et antécédent GEU [8]. Bangambe a révélé les IST, le Tabac et le dispositif intra-utérin [9]. Par contre Nadi a eu 50% pour Antécédent GEU et tabagisme à 40% [10].

S'agissant de l'aspect clinique et de la démarche diagnostique dans notre cas, la patiente a présenté l'aménorrhée, la douleur abdominale, fatigue et la pâleur et étant une grossesse rompue, l'échographie a relevé seulement l'hématosalpinx. Gabkika au Tchad en 2015 a obtenu un taux de 100% d'aménorrhée, 94,2% de douleur pelvienne et 69,2% de métrorragie sur un total de 52 cas [8], par contre Randriambololona en 2012 au Madagascar a trouvé la triade aménorrhée - douleur pelvienne - métrorragie à 78,50% [7]. Le diagnostic de la grossesse extra utérine rompue était évoqué à l'échographie chez 36 personnes soit 78% [8]. La caractérisation de la grossesse extra utérine a été faite dans 75% par l'échographie endovaginale et 25% en per opératoire [10].

Dans notre cas, la patiente n'avait pas des malformations utérines détectées. Notons par ailleurs que les facteurs spécifiques de la localisation cornuales sont les malformations utérines avec corne rudimentaire et le moignon restant d'une trompe traitée par salpingectomie [6]. Ceci a été illustré par plusieurs auteurs notamment N'goran qui avait rapporté en 2011 un cas de grossesse cornuale rudimentaire de 5 semaines d'aménorrhée découverte à l'échographie chez une femme multipare de 27 ans avec un antécédent de malformation utérine objectivée à l'hystérosalpingographie [13]. Ceci est pareil au cas de Neossi qui avait découvert fortuitement et tardivement à l'échographie un cas de grossesse extra utérine sur corne rudimentaire à Yaoundé en 2017 [14]. Nisrine en 2016 parlait de 6 observations de grossesse dans une corne rudimentaire évoquant les difficultés diagnostics et soulignent l'intérêt de l'échographie endovaginale, IRM et coelioscopie dans le diagnostic précoce [15]. La grossesse cornuale peut également survenir dans un utérus sans malformation et chez une patiente n'ayant aucun antécédent de salpingectomie [6].

Concernant la prise en charge dans notre situation, nous avons procédé à une laparotomie avec suture de la corne comme prise en charge. En France au CHU Jean verdier sur la période de 2006 à 2015, Nikodijevic avait démontré que sur 19 patientes avec GEU cornuales qui sont par ailleurs des situations des ruptures hémorragiques que 32% ont été traitées médicalement par méthotrexane et 68% soit 13 cas ont bénéficié d'un traitement chirurgical par résection de la corne [12]. Quant à Randriambololona en 2012, les 107 cas de GEU avaient été traités chirurgicalement par laparotomie [7]. Par contre, au CHU

Dijon en France en 2015 Nadi avait trouvé 35% qui avaient reçues un traitement médical, 20% bénéficiaires de la chirurgie et 40% avaient reçu les deux [10]. Nous avons par ailleurs pour Gabkika 90,4% pour salpingectomie à Djamena, 78,9% de prise en charge par la chirurgie à Kinshasa dans l'étude de Bangambe, et Nabil à Tunis avait obtenu 15,25% du traitement médical sur 122 patientes [8,9,11]. Ainsi, le traitement repose sur l'expulsion de la grossesse et l'hémostase de la corne utérine en cas de rupture hémorragique. Les deux techniques d'hémostase de la corne utérine sont : la cornuotomie avec suture ou la résection de la corne utérine avec salpingectomie le plus souvent par coelioscopie [16].

Concernant le devenir obstétrical notons que parmi les 12 patientes ayant eu un désir de grossesse sur un total de 19 patientes, soit 7 patientes ont obtenu une grossesse de manière spontanée. Parmi ces patientes 2 des 3 traitées médicalement l'ont obtenue, aucune complication obstétricale n'est survenue lors de grossesse ultérieures. Par ailleurs, l'analyse anatomopathologique des cornes a relevé les lésions tubaires proximales des cas à type salpingite chronique,

endosalpingiose et adénomyose [12]. Signalons que la majorité des patients ont eu au moins une grossesse ultérieure et qu'en cas de césarienne, aucun compte rendu opératoire n'a fait état d'une déhiscence de la cicatrice cornuale [10].

Conclusion

La grossesse cornuale est une situation rare mais dangereuse pour la gestante. Le diagnostic tardif expose la vie de la femme, alors qu'un diagnostic précoce permet une meilleure prise en charge ; d'où la nécessité d'une sensibilisation des femmes à consulter devant un retard des règles même d'une semaine.

Remerciements

Nos remerciements s'adressent particulièrement à la patiente qui nous a autorisé d'exploiter ses photographies et au personnel soignant pour le suivi de la patiente en hospitalisation.

Conflicts d'intérêt : Aucun.

Références

1. Collège National Des Gynécologues et Obstétriciens Français (C N O F). Item 18 Grossesse Extra - Utérine, Université Virtuelle Francophone. 2011:1-10. Accessible sur : <http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item18/site/html/cours.pdf>
2. Futura santé. Les dangers de la grossesse extra utérine. Aout 2015. Accessible sur : <https://www.futura-sciences.com/sante/dossiers/medecine-dangers-grossesse-extra-uterine-1271/page/3/>
3. Loïc M, Lejeune V *et al.* Traité d'obstétrique. Elsevier Masson. 2010 : 166-171. Accessible sur : <https://www.em-consulte.com/livre/407143/table-des-matieres/traite-d-obstetrique->
4. Giraudet G, Mubiayi N, Nayama M, Le goueff F, Therby D. Rupture utérine sur corne rudimentaire à 23 semaine d'aménorrhée. Journal de gynéco obstétrique et biologie de la reproduction. 2006 ; 35(8) : 826-828.
5. Jacques L, Gilles B, Guillaumes M. La pratique chirurgicale en gynécologie obstétrique, Elsevier Masson. 2010 :10-14.
6. Sèdjro Raoul A., Imorou Rachidi S., Falilou A., Ernest K., Sobou Adjao S., Mahoublo Vinatou V., Fanny H., & Kabibou S. Grossesse Extra-Utérine Cornuale Rompue : A Propos d'un Cas. Health Sciences and Disease. (2022) ; 23(2), 148-150.
7. Randriambololona DMA, Anjaharisoaniaina NT, Rekoronirina EB, Harioly MOJ, Randriambelomanana JA, Andrianampanalinarivo RH. Grossesse extra-utérine à Madagascar : 107 observations. Med Sante Trop. 2012 ; 22(4):394-7.
8. Gabkika BM, Abdelsalam S, Ilboudo SR. Wilfried *et al.* Grossesse extra-utérine : Aspects épidémiologiques et Pronostic maternel à l'Hôpital de district de N'djamena sud (Tchad), KisMed. 2015 ;6(1) :111-116.
9. Bangambe BJ, Kangudia MJ, Mbanzulu PN, Yanga JJ, Monzango G, Kabango R, Juakali SKV, Mboyo G, Profil épidémiologique et Prise en charge de la Grossesse extra-utérine à l'hôpital de l'Amitié Sino-Congolaise de N'djili, KisMed. 2016 ; 7(1) : 255-258.
10. Nadi M, Richard C, Filipuzzi L, Bergogne L, Douvier P, Sagot P. Grossesse interstitielle, angulaire et cornuale : diagnostic, traitement et futur obstétrical. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. 2017 Juin 25;45(6):340-347.
11. Nabil M *et al.* Traitement médical de la grossesse extra-utérine. Tunisie Médicale. 2013; 91(7) : 435-439.

12. Nikodijevic K. Grossesse extra-utérine cornuale ; prise en charge, Fertilité ultérieure et devenir obstétrical. Gynécologie obstétrique et Fertilité. EM consulte (Elsevier Masson) 2016 ; 44 (1) : 11-16
13. N'goram K, Anne-Marie ND, Roger DN, Abdul KK. Grossesse cornuale (cas clinique) : une entité rare des grossesses extra-utérine. Imagerie de la femme 2011 ; 21(2) : 68-71.
14. Neossi G, Nkigoum MN, Nko'o Amvene S. Grossesse Cornuale Droite de Découverte Tardive et Fortuite à l'Échographie de Routine. Sciences de la Santé et Maladies. 2017 ;18 (4).
15. Nisrine M *et al*. Grossesse dans une corne rudimentaire : difficultés diagnostiques et prise en charge thérapeutique. Revue médicale panafricaine. 2016;24:14.
16. Prenaud C *et al*. Management of a cornual ectopic pregnancy. Journal of Visceral Surgery. 2017; 154(6) :467-468.