



Grossesse intra murale : diagnostic et prise en charge à propos d'un cas. *Intramural pregnancy: diagnosis and management based on a case report.*

Bah OA^(1,2), Bah EM^(1,3), Diallo M^(1,4), Balde AA⁽¹⁻⁴⁾, Diane M⁽²⁾, Sy T⁽¹⁻³⁾

⁽¹⁾ Faculté des Sciences et Techniques de la Santé (FSTS) Université GAN Conakry, Guinée.

⁽²⁾ Centre d'Imagerie de Référence des Armées (CIRA) Conakry Guinée

⁽³⁾ Service de Gynécologie Obstétrique CHU Ignace Deen Conakry-Guinée

⁽⁴⁾ Service de Radiologie CHU Donka Conakry-Guinée.

Correspondances : Dr Ousmane Aminata BAH, Maître-Assistant Radiologie Imagerie Médicale
Faculté des Sciences et Techniques de la Santé, UGAN Conakry Guinée
Centre d'Imagerie de Référence des Armées (CIRA) Conakry Guinée.

E .mail oabah81@gmail.com; Tel (00224) 627 606095

BP : 1000 kaloum- Conakry, République de Guinée

N°ORDIC 000000021447662

MOTS CLÉS : *Grossesse extra utérine, Grossesse intra murale, Echographie.*

RESUME

Objectifs : Décrire les particularités clinique, échographique et de prise en charge d'une grossesse ectopique intra murale de diagnostic précoce.

Méthodologie : Nous rapportons l'observation d'une patiente chez qui une grossesse intra murale précoce a été diagnostiquée à l'échographie suivie d'une prise en charge chirurgicale avec une bonne évolution.

Observation : Il s'agit d'une patiente de 23 ans nullipare en couple depuis 3 ans avec une aménorrhée de 6 semaines sans douleurs abdominales ni métrorragies.

L'interrogatoire avait retrouvé un antécédent d'avortement provoqué par curetage il y a 5 ans. L'échographie pelvienne réalisée par voie sus pubienne complétée par la voie endovaginale a permis d'identifier un sac gestationnel intra mural corporel antérieur avec un embryon viable de 6 semaines 2 jours associé à un kyste du corps jaune de l'ovaire gauche de 38x31 mm sans épanchement liquidien du Douglas.

Elle avait bénéficié d'une prise en charge chirurgicale en milieu hospitalier spécialisé par hystérotomie suivi d'une extraction de l'œuf. Les suites opératoires ont été bonnes.

Conclusion : La grossesse intra murale est la plus rare des grossesses ectopiques. L'échographie permet un diagnostic précoce avant la rupture utérine.

KEY WORDS: Extra uterine pregnancy, Intra mural pregnancy, Ultrasound.

SUMMARY

Objectives: To describe the clinical, ultrasound and management features of an early-onset intra-mural ectopic pregnancy.

Methodology: We report the observation of a patient in whom an early intra mural pregnancy was diagnosed on ultrasound followed by surgical management with a good outcome.

Observation: This was a 23-year-old nulliparous patient in a couple for 3 years with 6 weeks amenorrhoea without abdominal pain or metrorrhagia.

Questioning revealed a history of induced abortion by curettage 5 years previously. Pelvic ultrasound performed suprapubically and endovaginally identified an anterior corporal intramural gestational sac with a viable embryo aged 6 weeks 2 days associated with a 38x31 mm corpus luteum cyst of the left ovary with no Douglas fluid effusion.

She underwent hysterotomy in a specialist hospital followed by extraction of the egg. The postoperative course was good.

Conclusion: Intramural pregnancy is the rarest of ectopic pregnancies. Ultrasound allows early diagnosis before uterine rupture.

INTRODUCTION

Les grossesses extra-utérines sont une cause redoutée de métrorragies du premier trimestre, elles correspondent à la nidation et au développement de l'œuf en dehors de la cavité utérine[1].

La grossesse intra-murale fait référence à une grossesse située à l'intérieur de la paroi utérine, complètement entourée de myomètre et séparée de la cavité utérine et des trompes de Fallope. Ce type de grossesse est extrêmement rare et représente 1% des grossesses extra utérine[2].

Elle est d'évolution imprévisible avec risque d'hémorragie cataclysmique par rupture utérine en l'absence d'un diagnostic et d'une prise en charge précoce[3].

L'étiologie et la pathogenèse exactes des grossesses intra-murale ne sont pas claires. Les théories incluent l'implantation dans un foyer d'adénomyose, l'invasion du myomètre par des voies microscopiques suite à un traumatisme utérin dû à une instrumentation chirurgicale ou à la suite de transferts difficiles de fécondation in vitro[4].

Historiquement, le diagnostic de grossesse intra-murale n'était posé qu'après une intervention chirurgicale pour rupture utérine. En raison de leur localisation anatomique[4].

Nous rapportons ici le cas d'une grossesse intra murale diagnostiquée par échographie chez une patiente aux antécédents de curetage

OBSERVATION

Il s'agit d'une patiente de 23 ans nullipare en couple depuis 3 ans, adressée à notre service pour une échographie pelvienne en raison d'une aménorrhée de 6 semaines sans douleurs abdominales ni métrorragies, aux antécédents d'avortement provoqué par curetage il y a 5 ans.

L'échographie pelvienne réalisée par voie sus pubienne (figure 1) complétée par la voie endovaginale (figure 2 et 3) avait permis d'identifier un sac gestationnel excentré intra mural corporeal antérieur avec un embryon viable de 6mm de longueur cranio-caudale soit un âge échographique de 6 semaines 2 jours. Le diagnostic de grossesse extra utérine intra-murale fut retenu.

La patiente avait bénéficié d'une prise en charge chirurgicale en milieu hospitalier par hystérotomie conservatrice suivi d'une extraction de l'œuf. Les suites opératoires ont été bonnes.

DISCUSSION

La grossesse intra murale est extrêmement rare et

représente moins de 1% des grossesses extra-utérines. Son diagnostic précoce est nécessaire pour éviter une rupture utérine ou une hystérectomie totale indésirable. Dans notre cas le diagnostic fut posé à 6 semaines 02 jours ayant permis une prise en charge précoce. Cependant DE TOVE et al au Bénin en 2015 ont rapporté une complication à type d'hémorragie par rupture utérine sur grossesse intra



Figure 1: échographie sus pubienne montrant un sac gestationnel excentré intra mural



Figure 2: échographie endovaginale montrant un sac gestationnel excentré intra mural contenant un embryon de 6mm de longueur cranio-caudale avec une cavité utérine vide

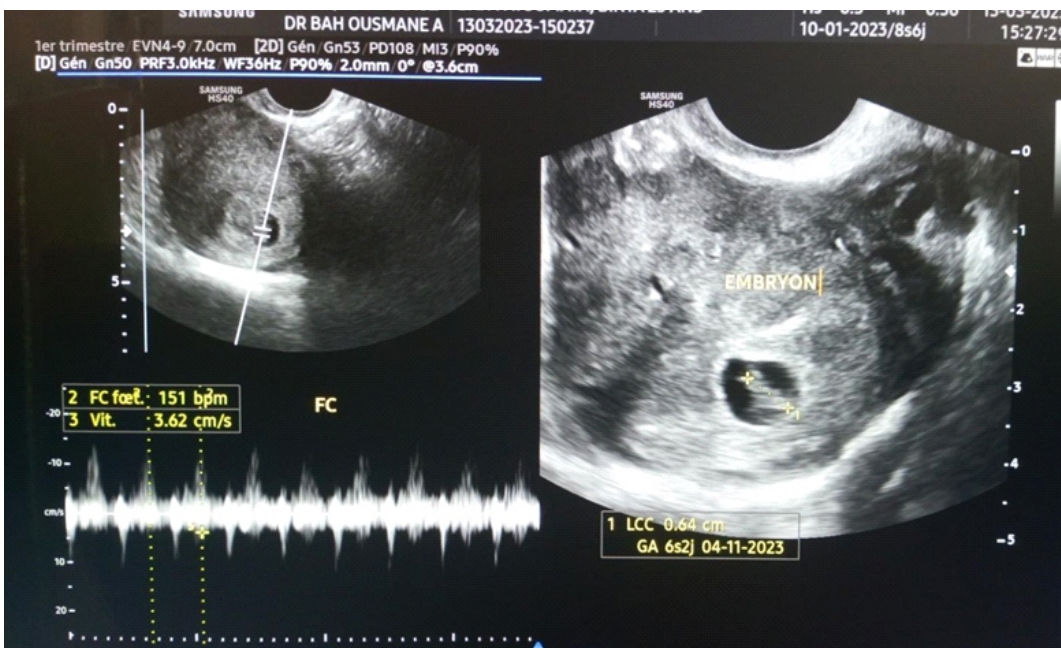


Figure 3: échographie endovaginale montrant un sac gestationnel excentré intra mural contenant un embryon viable de 6 semaines 2 jours avec une fréquence cardiaque de 151 battement par minute

murale de 6 semaines 4 jours [1].

Plus de 50 % des patientes présentant une grossesse intra murale ont précédemment subi une dilatation et un curetage. Des défauts de cicatrisation de la déciduale ou du myomètre résultant de chirurgies utérines antérieures pourraient constituer des facteurs de risque [5]. L'avortement par curetage était le seul facteur de risque présent chez notre patiente.

L'échographie pose le diagnostic en visualisant un sac gestationnel complètement entouré de myomètre excentré de la cavité utérine et des trompes comme dans notre cas. La mise en évidence de l'embryon viable a permis d'écarter les classiques diagnostics différentiels que sont un myome en transformation kystique et une tumeur trophoblastique. L'IRM est d'un apport utile en cas de doute diagnostique ou de complication à type de rupture utérine[2].

Récemment aucun cas de survie foetale de grossesse intra murale n'a été rapporté. KIRK et al ont décrit depuis 1987 un cas diagnostiqué avant 37 semaines de grossesse, il en est sorti une naissance vivante par césarienne[4].

Le traitement est le plus souvent chirurgical, parfois conservateur par laparotomie ou laparoscopie [6]. Dans les cas vus tôt un traitement médical par injection de methothrexate donne de bons résultats[2].

CONCLUSION

La grossesse intra murale est la forme la plus rare des grossesses extra utérines. Son diagnostic précoce est primordial pour éviter une hémorragie foudroyante par rupture utérine

L'échographie est un moyen de diagnostic précoce qui nécessite cependant un opérateur expérimenté.

REFERENCES

1. De Tové KM, Salifou K, Imorou RS *et al*. Grossesse extra-utérine intra-muros à propos d'un cas. *La revue médicale panafricaine*. 2015;21:217.
2. Ong C, Su L-L, Chia D, Choolani M, Biswas A. Sonographic diagnosis and successful medical management of an intramural ectopic pregnancy. *J Clin ultrasound*. 2010;38(6):320-4.
3. Badr S, Ghareep AN, Abdulla LM, Hassanein R. Ectopic pregnancy in uncommon implantation sites. *Egypt J Radiol Nucl Med*. 2013;44(1):121-30
4. Kirk E, McDonald K, Rees J, Govind A. Intramural ectopic pregnancy: a case and review of the literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2013;168(2):129-33.
5. Chaikof M, Hobson S, et Sobel M. Grossesse intra murale fundique. *CMAJ*. 2020;192(50):E1830.
6. Fadhlou A, Kharouf M, Nouira K, Chaker A, Zhioua F. Ruptured intramural pregnancy with myometrial invasion treated conservatively. *Case Rep Obstet Gynecol*. 2011;2011:965910.