



**GROSSESSE EXTRA UTERINE BILATERALE**  
**TSHABU AGUEMON C\* ; HOUNKPONOU F\*\* , ADISSO S\* ;**  
**HOUNDEFFO T\* ; DE SOUZA J\***

\*Clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique du CNHU-HKM

\*\* Centre hospitalier départemental du Borgou-Alibori

Auteur principal : Docteur TSHABU AGUEMON Christiane, BP 1878 Abomey-Calavi (Bénin) E-mail : [caguemon@yahoo.fr](mailto:caguemon@yahoo.fr)

**RESUME**

La grossesse extra utérine (GEU) a doublé au cours des 15 dernières années. La forme bilatérale est rare. Nous rapportons un cas de grossesse extra utérine bilatérale spontanée chez une jeune dame nullipare béninoise de 26 ans suivie à la clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique du CNHU. Le diagnostic de grossesse extra bilatérale était suspecté à l'échographie et à l'exploration per opératoire et confirmé à l'analyse anatomopathologique. La patiente avait fait l'objet d'une salpingectomie bilatérale puis adressée en procréation médicalement assistée (PMA) pour la prise en charge de sa procréation future.

**Mots clés :** *Grossesse extra utérine bilatérale, Salpingectomie*

**ABSTRACT**

The extra uterine pregnancy (GEU) doubled in the course of last 15 years. Bilateral form is rare. We bring back a case of unprompted bilateral extra uterine pregnancy at a young beninese lady of 26 years followed in the department of gynecology and obstetrics of CNHU. The diagnosis of extra bilateral pregnancy was suspected in ultrasound scan and in exploration per surgical. The patient had benefited from a treatment of bilateral salpingectomy. The anatomic analysis had confirmed the diagnosis of bilateral extra uterine pregnancy. The patient has been addressed in procreation medically assisted for the taking care of the future procreation.

**Key words:** The extra uterine pregnancy doubled, salpingectomy.

**INTRODUCTION**

La fréquence de la grossesse extra utérine, (GEU) a doublé au cours des 15 dernières années. L'étude des quelques cas décrits dans la littérature montre une étroite corrélation entre cette entité et les techniques d'aide médicale à la procréation (PMA). La forme bilatérale reste exceptionnelle. Nous rapportons dans cet article, un cas de grossesse extra utérine bilatérale spontanée diagnostiquée et prise en charge au service de gynécologie et d'obstétrique du CNHU-HKM de Cotonou.

**OBSERVATION**

Mme G.C., d'ethnie fon, âgée de 26 ans, d'une obésité morbide (150 Kg), quatrième geste, nullipare, dont quatre fausses couches spontanées au premier trimestre de la grossesse sans notion de curetage. Dans ses antécédents médicaux, il était noté une hyperoestrogénie non explorée lors d'une cure d'amaigrissement. Cette patiente a consulté pour douleurs pelviennes et asthénie sur une aménorrhée de huit semaines. A l'admission le 15 mars 2012, elle était en état de choc hémodynamique avec une tension artérielle à 60/40 mmHg, un pouls imprenable mais en

état de conscience conservé. L'examen clinique retrouvait une sensibilité abdominale diffuse avec cri de l'ombilic. Au toucher vaginal, on objectivait une sensibilité au niveau des deux culs de sacs vaginaux. La culdosynthèse ramenait du sang rouge incoagulable avec signe de cocarde positif. Mais aucune masse pelvienne n'était observée. Le dosage des  $\beta$ HCG n'était pas réalisé.

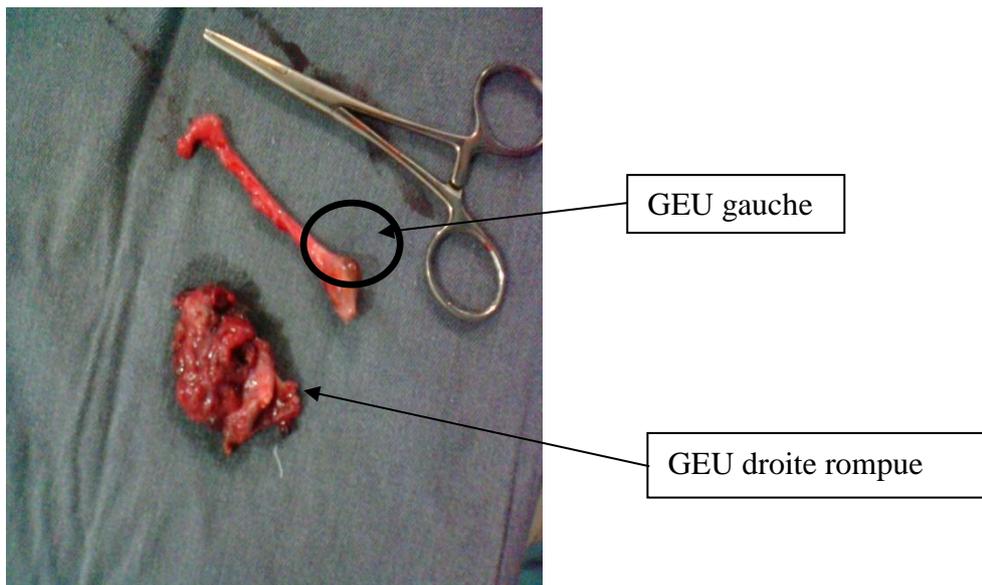
L'échographie pelvienne montrait un utérus vide, un endomètre épais à 13mm, un épanchement liquidien important du Douglas.

En latéro utérine gauche, il y avait une masse avec image en cocarde comportant une vésicule vitelline et un embryon de 6 semaines d'aménorrhée avec activité cardiaque.

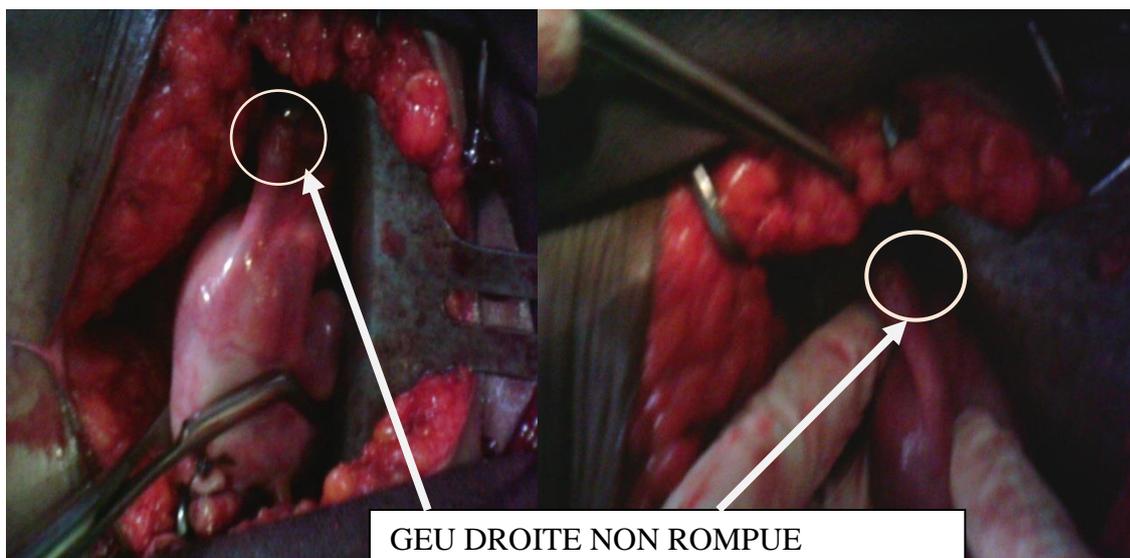
A droite il y a une masse latéro utérine hétérogène de 3 cm. Le diagnostic de grossesse extra-utérine a été retenu et la forme bilatérale a été suspectée. Une laparotomie d'urgence a été faite. L'exploration per opératoire retrouvait un hémopéritoine d'environ 1800cc. La trompe droite était le siège d'une grossesse extra utérine rompue interstitielle estimée à 8 semaines

d'aménorrhée. La trompe gauche, inflammatoire et rigide était le siège d'un hémosalpinx de 2,5 cm. L'ovaire droit était porteur du corps jaune et les deux ovaires portaient les cicatrices d'ovulation. Le diagnostic d'une grossesse extra utérine bilatérale a été retenu. La patiente était l'objet d'une salpingectomie bilatérale vu la mauvaise qualité anatomique de la trompe gauche et le risque accru de récurrence. Toute préservation pour un meilleur pronostic maternel apparaissait impossible. L'analyse

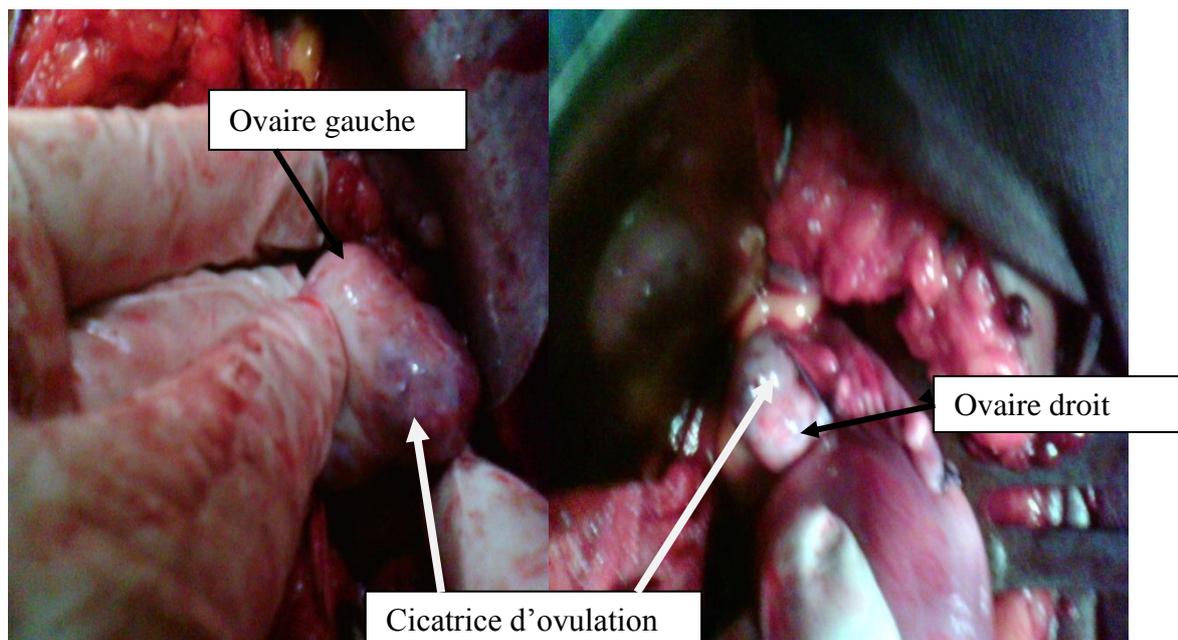
histologique a confirmé le diagnostic de l'ectopie bilatérale en montrant la présence d'une zone de nidation évidente avec trophoblaste à droite et des villosités choriales avec embryon sans activité cardiaque à gauche. La surveillance post opératoire était clinique et biologique par la cinétique du taux sanguin de l'HCG jusqu'à la négativation. Les suites post opératoires étaient simples et la patiente était orientée en procréation médicalement assistée (PMA).



**Figure 1 : Pièces opératoires des grossesses extra-utérines**



**Figure 2 : Images per opératoires de la grossesse extra-utérine droite**



**Figure 3 : Images per opératoires des ovaires**

#### **DISCUSSION**

La grossesse extra utérine bilatérale simultanée est la forme la plus rare des grossesses extra utérines et son diagnostic pré opératoire est exceptionnel. La fréquence de la grossesse extra-utérine bilatérale a été estimée à 1/200 000 grossesses utérines et 1/725-1/1580 grossesses ectopiques. [1]. Au cours des 20 dernières années une augmentation de 3 fois l'incidence a été observée. La grossesse hétérotopique ainsi que les grossesses extra utérines bilatérales sont observées depuis l'introduction de la procréation assistée.[2,3,4,5]. La survenue d'une grossesse ectopique spontanée bilatérale est, cependant, extrêmement rare [1,6,7].

Plusieurs théories ont été avancées pour tenter d'expliquer la survenue des grossesses bilatérales tubaires. Il faut des ovulations multiples, les ovocytes doivent être fécondés simultanément dans les deux trompes. D'autres étiologies possibles sont la migration trans péritonéale des cellules trophoblastiques d'une trompe à l'autre qui est une explication pour les tissus fœtaux trouvés dans une trompe et les villosités dans l'autre (8,9). La superfécondation, une autre cause possible, implique la fécondation et le développement d'un ovocyte second quand une femme est déjà enceinte. Ceci est considéré comme un événement rare chez les humains et est difficile à prouver. Le taux d'hormone bas observé dans les grossesses ectopiques est insuffisant pour inhiber une autre ovulation.

#### **CONCLUSION**

Le diagnostic de grossesse extra-utérine continue d'être un défi important pour les médecins gynécologues et en urgence, le clinicien doit y penser devant toute grossesse ectopique.

#### **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

1. Adair CD, Benrubi GI, Sanchez-Ramos L et al.: Bilateral tubal ectopic pregnancies after bilateral partial salpingectomy. A case report. *J.Reprod Med* 1944 ; 39 (2) :131-3.
2. Stabile I, Grudzinskas JG. : Ectopic pregnancy : a review of incidence, etiology and diagnostic aspects. *Obstet Gynecol Surv*, 1990 ; 45 (6) :335-47.
3. Rizk B et al. : Rare ectopic pregnancies after in vitro fertilization : one unilateral and four bilateral tubal pregnancies. *Human Reproduction*, 1990 ; 5 (8) :1025-8.
4. Olive DL et al. : Gamete intrafallopian transfer (GIFT) complicated by bilateral ectopic pregnancy. *Fertility and Sterility*, 1988 ; 49 (4) :719-20.
5. Abramovici D et al. : Bilateral ectopic pregnancy. A case report. *Journal of the Kentucky Medical Association*, 1995 ; 93 (7): 295.

6. Kahraman S et al. : Simultaneous bilateral tubal pregnancy after intracytoplasmic sperm injection. *Human Reproduction*, 1995 ; 10 (12):3320-1.
7. Messori M et al. : Spontaneous left tubal and right interstitial pregnancy : A case report. *J Reprod Med*, 1997 ; 42 (7) :445-7.
8. Marpeau O, E Barranger, Cortez A, Uzan S. : Grossesse tubaire bilatérale après conception naturelle: à propos d'un cas. *J Reprod Med*, 2005; 50: 222-4.
9. Foster HM, Lakchine AS, Taylor WF. : Bilateral tubal pregnancy with vaginal delivery. *Obstet Gynecol*, 1982; 60: 664-6.