

# ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ■ Volume 6 ■ N° 16 (2011)



(GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE, REPRODUCTION HUMAINE)

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ AFRICAINE DES GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS (SAGO)  
ET DE LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE (FIGO)

**Directeur de publication**

Mamadou Saliou Diallo

**Rédacteur en chef**

Namory Keita

**Rédacteur en chef adjoint**

Telly Sy

**Comité de parrainage**

Ministre de l'ESRS

Ministre de la Santé

Recteur Université de Conakry

Doyen FMPOS

M Kabba Bah

M Kader

P Diallo

E Alihonou

F Diadhio

MK Bohoussou

C Welfens Ekra

M M Sall (CAMES)

A Gouazé (CIDMEF)

G Osagie (Nigeria)

**Comité de rédaction**

MS Diallo

N Keita

MD Baldé

Y Hyjazi

FB Diallo,

F Traoré (Pharmacologie)

T Sy

AB Diallo

Y Diallo

M Cissé (Dermatologie)

M Doukouré (Pédopsychiatrie)

ML Kaba (Néphrologie)

OR Bah (Urologie)

NM Baldé (Endocrinologie)

A Touré (Chirurgie Générale)

LM Camara (Pneumo-phtisiologie)

**Comité de lecture**

E Alihonou (Cotonou)

K Akpadza (Lomé)

M A Baldé (Pharmacologie)

G Body (Tours)

M B Diallo (Urologie)

M D Baldé (Conakry)

N D Camara (Chirurgie)

CT Cissé (Dakar)

A B Diallo (Conakry)

F B Diallo (Conakry)

M S Diallo (Conakry)

A Dolo (Bamako)

A Fournier (Angers)

Y Hyjazi (Conakry)

N Keita (Conakry)

YR Abauleth (Abidjan)

M Koulibaly (Conakry)

J Lankoande (Ouagadougou)

Lekey (Yaoundé)

JF Meye (Libreville)

JC Moreau (Dakar)

O Ndiaye (Dakar)

RX Perrin (Cotonou)

F Traoré (Conakry)

**Recommandations aux auteurs**

La revue Annales de la SOGGO est une revue spécialisée qui publie des articles originaux, des éditoriaux, des mises au point, des cas cliniques et des résumés de thèse dans les domaines de la gynécologie obstétrique et de reproduction humaine.

**Conditions générales de publication**

Les articles n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. Les manuscrits des articles originaux ne doivent avoir fait l'objet d'aucune publication antérieure ni être en cours de publication dans une autre revue. Les manuscrits doivent être dactylographiés en double interligne, de police de caractère 12 minimum, style Times New Roman, 25 lignes par page maximum, le mode justifié, papier blanc recto seulement et adressés en deux exemplaires et une version électronique sur CD, disquette ou par email à la rédaction aux adresses suivantes :

1. Professeur Namory Keita

Maternité Donka CHU de Conakry

BP : 921 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 64 45 79 50

Email : [namoryk52@yahoo.fr](mailto:namoryk52@yahoo.fr)

2. Professeur Agrégé Telly Sy

Maternité Ignace Deen CHU de Conakry

BP : 1478 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 60 21 70 86 ; (224) 64 23 37 30

Email : [syttelly@yahoo.fr](mailto:sytelly@yahoo.fr)

Tous les manuscrits sont adressés pour avis de façon anonyme à deux lecteurs. Une fois acceptés les articles corrigés doivent être accompagnés des frais de correspondance et de rédaction qui s'élèvent à 25.000 F CFA.

**Présentation des textes**

La disposition du manuscrit d'un article originale est la suivante : titre (avec auteurs et adresse), résumé (en français et en anglais), introduction, matériel et méthodes, résultats, discussion, références, tableaux et figure. La longueur des manuscrits ne doit pas dépasser, références non comprises 12 pages pour les articles originaux, 4 pages pour les cas cliniques et mises au point.

Toutes les pages seront numérotées à l'exception de la page des titres et des résumés.

- Page de titre : elle comporte :
    - Un titre concis, précis et traduit en anglais
    - Les noms et initiales des prénoms des auteurs
    - L'adresse complète du centre dans lequel le travail a été effectué
    - L'adresse complète de l'auteur à qui les correspondances doivent être adressées
  - Résumé : le résumé de 250 mots en français et en anglais figure après la page des titres sur des pages distinctes avec le titre sans le nom des auteurs. Le résumé doit comporter de manière succincte le but, la méthodologie, les principaux résultats et la conclusion.
  - Références : les références sont numérotées selon l'ordre de leur appel dans le texte. Leur nombre ne doit pas dépasser 20 pour les articles originaux, 10 pour les cas cliniques et 30 pour les mises à jour. Elles doivent indiquer les noms de tous les auteurs si leur nombre ne dépasse pas six, au-delà, il faut indiquer les 3 premiers suivis de la mention et al.. Les abréviations des titres des journaux doivent être celles qui sont trouvées dans l'Index Medicus, par exemple :
    - Pour une revue:
1. Sy T, Diallo AB, Diallo Y. et al. : Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques, pronostiques et économiques à la Clinique Gynécologique et

Obstétricales du CHU Ignace DEEN. *Journal de la SAGO* 2002; 3(2): 7- 11

- Pour une contribution à un livre:
2. Berland M. Un état de choc en début de travail : conduite à tenir. In : LANSAC J, BODY G : Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2<sup>ème</sup> éd. 1992 : 218- 225
    - Pour un livre:
  3. Lansac J, Body G. Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2<sup>ème</sup> éd. 1992 : 349.
    - Pour une thèse:
  4. Bah A . Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques et pronostic à la clinique de gynécologie obstétrique du CHU Ignace Deen. Thèse méd, Univ Conakry 2001; 032/03 04 : 165p
- Tableaux, figure et légendes : leur nombre doit être réduit au strict minimum nécessaire à la compréhension du texte. Les tableaux seront numérotés en chiffres romains et les figures en chiffres arabes. Ils doivent être appelés dans le texte.

Après acceptation définitive de l'article, des modifications mineures portant sur le style et les illustrations pourront être apportées par le comité de rédaction sans consulter l'auteur afin d'accélérer la parution dudit article.

### **Le comité de rédaction**

# SOMMAIRE

## ARTICLES ORIGINAUX

### **Sexualité et maternité précoces à Bangui (RCA)**

Serdouma E, Gody C, Koffi A, Gondo D, Fongbia J P, Moussa E C, Sepou A.....1 - 4

### **La césarienne avant terme : à propos de 104 cas colligés a la maternité du CHU de Cocody.**

Kouakou F, Adjoby R, Loue V, Kouame A, Konan J, Angoi V, Effoh N, Gondo D.....5 - 8

### **Pronostic des accouchements par le siège au CHU Gabriel Touré**

Traore Y, Teguede I, Dicko Traore F, Mounkoro N, Thera T, Djire My, Diallo A, Sissoko A, Bagayoko M, Traoré B, Sandjo Ofd, Dolo T, Kone M, Traore M, Dolo A.....9 - 13

### **Pronostic materno-fœtal de l'éclampsie à la maternité du CHU de Cocody**

N'guessan K., Adjoby R., Mian B, Loue V, Angoi V, Gondo D, Koffi A, Konan J, Kramo F, Abauleth R., Kouakou F.....14 - 17

### **Bilan de 164 laparoscopies gynécologiques effectuées dans 3 centres hospitaliers à Abidjan**

Guié P, Djahan L, Bohoussou E, Saki C, Blegolé, Sidibé A.....18 - 21

### **Indications, accessibilité, acceptabilité et pronostic de l'avortement médicamenteux aux centres hospitaliers universitaires Yalgado Ouedraogo et Sourou Sanou.**

Millogo/Traore TFD, Akotionga M, Sanou SYG.....22 - 27

### **Les fistules vésico-vaginales à Kankan en Guinée : analyse de 56 cas**

Bah I, Diallo AB, Sy T, Bah OR, Kante D, Guirassy S, Diallo A, Conde H, Keita F, Diallo MB.....28 - 31

### **Lésions génito-anales traumatiques (LGAT) au cours des agressions sexuelles : étude rétrospective de 69 cas.**

Kouakou F, K Nguessan, Loué V, Mian B, Gondo D, Adjoby R, Kouamé A, Koimé H, Alla H.....32 - 36

### **Récidives après promontofixation par voie coelioscopique : mécanismes des Récidives à propos de 4 cas.**

Mbaye M, Moreira PM, Gueye SMK, Foulot H, Moreau JC.....37 - 41

### **Estimations clinique et échographique du poids de naissance au cours du travail d'accouchement. A propos de 150 cas, colligés au service de gynécologie et d'obstétrique du CHU Yalgado Ouedraogo.**

Ouedraogo A, Millogo F, Toure B, Ouedraogo CMR, Yameogo J, Thieba B, Lankoande J.....42 - 48

### **La mortalité maternelle à la maternité issaka gazobi étude prospective à propos de 139 cas sur 12 mois**

Garba M, Halilou S, Idi N, Kamaye M, Alio A, Nayama M.....49 - 52

### **Analyse du taux de réalisation des paramètres biologiques de surveillance de la grossesse en consultation prénatale dans une maternité urbaine de Conakry.**

Diallo FB, Baldé IS, Diallo A, Kaba K, Diallo Y, Nzuogo WHB, Diallo MB, Diallo MS.....53 - 57

## CAS CLINIQUE

### **Insertion hépatique du placenta lors d'une grossesse abdominale : A propos d'un cas et revue de la littérature**

Nguessan KLP, Mian B, Gondo D, Koffi A, Konan J, Angoi V, Alla H, Gbary E, Abauleth R, Boni S.....58 - 61

# CONTENTS

## ORIGINAL ARTICLES

### ***Sexuality and precocious pregnancy in Bangui (CAR)***

Serdouma E, Gody C, Koffi A, Gondo D, Fongbia J P, Moussa E C, Sepou A .....1 - 4

### ***Caesarean section before term: about 104 cases seen at the maternity hospital of cocody***

Kouakou F, Adjoby R, Loue V, Kouame A, Konan J, Angoi V, Effoh N, Gondo D.....5- 8

### ***Prognosis of breach presentation delivery into Gabriel Touré teaching hospital***

Traore Y, Teguate I, Dicko Traore F, Mounkoro N, Thera T, Djire My, Diallo A, Sissoko A, Bagayoko M, Traore B, Sandjo Ofd, Dolo T, Kone M, Traore M, Dolo A.....9 - 13

### ***Fetal and maternal prognosis of eclampsia in the maternity at CHU of Cocody***

N'guessan K., Adjoby R., Mian B, Loue V, Angoi V, Gondo D, Koffi A, Konan J, Kramo F, Abauleth R., Kouakou F.....14 - 17

### ***Laparoscopy in gynecology about 164 cases performed in 3 hospitals in Abidjan***

Guié P, Djahan L, Bohoussou E, Saki C, Blegolé, Sidibé A.....18 - 21

### ***Indications, accessibility, acceptability and prognosis of medical abortion in Yalgado Ouedraogo and Sourou Sanou academics hospitals.***

Millogo/Traore TFD, Akotiongna M, Sanou SYG.....22 - 27

### ***Fistula***

Bah I, Diallo AB, Sy T, Bah OR, Kante D, Guirassy S, Diallo A, Conde H, Keita F, Diallo MB.....28 - 31

### ***Genital and anal traumatic injuries (GATI) during sexual assault: a retrospective study of 69 cases.***

Kouakou F, K Nguessan, Loué V, Mian B, Gondo D, Adjoby R, Kouamé A, Koimé H, Alla H.....32 - 36

### ***Recurrences of laparoscopic sacral colopexy: mechanism of recurrences about 4 cases***

Mbaye M, Moreira PM, Gueye Smk, Foulot H, Moreau JC.....37- 41

### ***Clinical and echographic birth weight estimation during the labor.***

#### ***In connection with 150 cases, collect in the gynaecology and obstetrics service of the university hospital yalgado ouédraogo of ouagadougou, burkina faso.***

Ouedraogo A, Millogo F, Toure B, Ouedraogo CMR, Yameogo J, Thieba B, Lankoande J.....42 - 48

### ***Maternal mortality in the maternity Issaka Gazobi prospective study about 139 cases in 12 months***

Garba M, Halilou S, Idi N, Kamaye M, Alio A, Nayama M.....49 - 52

### ***Analyze of the realization rate of biological survey parameters of pregnancy During prenatal consultation in an urban maternity of conakry.***

Diallo FB, Baldé IS, Diallo A, Kaba K, Diallo Y, Nzuogo WHB, Diallo MB, Diallo MS.....53 - 57

## CASE REPORT

### ***Liver insertion of the placenta during abdominal pregnancy:***

#### ***A case report and literature review***

Nguessan KLP, Mian B, Gondo D, Koffi A, Konan J, Angoi V, Alla H, Gbary E, Abauleth R, Boni S.....58 - 61

# PRONOSTIC MATERNO-FŒTAL DE L'ECLAMPSIE A LA MATERNITE DU CHU DE COCODY

## FETAL AND MATERNAL PROGNOSIS OF ECLAMPSIA IN THE MATERNITY AT CHU OF COCODY

N'GUESSAN K, ADJOBY R, MIAN B, LOUE V, ANGOI V, GONDO D, KOFFI A, KONAN J, KRAMO F, ABAULETH R, KOUAKOU F

Service de gynécologie et d'obstétrique du CHU de Cocody. BP V 13 Abidjan-RCI

**Correspondances :** Docteur NGUESSAN KOFFI, Téléphone : (225) 07 81 55 07 ; Email : [nguesskoffi@yahoo.fr](mailto:nguesskoffi@yahoo.fr)

### RESUME

**Objectifs :** Préciser la fréquence de l'éclampsie et décrire le pronostic maternel et fœtal.

**Patientes et Méthodes :** Nous avons réalisé une étude rétrospective cas témoins réalisée sur 24 mois du 1er janvier 2005 au 31 Décembre 2006 à la maternité du CHU de Cocody. Elle a permis de comparer 86 cas d'éclampsie à 172 témoins. Le cas était toute patiente ayant fait une crise d'éclampsie. Le témoin étant toute patiente porteuse d'une grossesse d'âge gestationnel supérieur ou égal à 28 SA. Nous avons sélectionné un cas d'éclampsie pour deux témoins et comparé le pronostic maternel et fœtal. Le test statistique de comparaison était le  $\chi^2$  de Pearson au seuil significatif  $p < 0,05$ .

**Résultats :** Au cours de la période d'étude l'incidence de l'éclampsie était de 1,26%. Classiquement, elle concernait 96,4% des patientes jeunes (âge moyen 21,68 ans), primipares (76,7%) et primigestes (55%). Les grossesses étaient beaucoup moins suivies en cas d'éclampsie par rapport aux témoins (72,1% Vs 15,1% ;  $p=0,0001$ ). Les complications maternelles étaient prédominantes en cas d'éclampsie par rapport au groupe témoin (84,9% Vs 4,1%). Elles étaient surtout dominées par l'HTA maligne (21,9%) et l'état de mal éclamptique (19,2%). La létalité de l'éclampsie était de 5,8%. Les complications fœtales de l'éclampsie étaient dominées par la prématurité (56,4%) et la souffrance fœtale aiguë (32,8%) contre 12,4% chez les témoins. La mortalité périnatale était significativement plus importante en cas d'éclampsie (16,3% Vs 1,7% ;  $p=0,000$ ).

**Conclusion :** Le pronostic materno-fœtal de l'éclampsie est encore sombre dans notre service. L'amélioration passe par un dépistage systématique et une prise en charge précoce et des états de pré-éclampsie, associée à une prise en charge multidisciplinaire des éclamptiques dans une unité de soins intensifs de réanimation.

**Mots clés:** éclampsie, pronostic, grossesse

### SUMMARY

**Objectives:** Define the frequency of eclampsia in our department and describe the maternal and fetal prognosis

**Patients and Methods:** Retrospective case control study of 24 months from 1 January 2005 to December 31, 2006 at the Maternity Hospital of Cocody. It focused on 86 cases of eclampsia compared to 172 controls by exhaustive sampling. The case was any patient who had an attack of eclampsia. The witness is every pregnant patient with gestational age greater than or equal to 28 weeks. We selected a case with two witnesses and compared the maternal and fetal prognosis. The statistical test of comparison was the  $\chi^2$  Pearson statistical significance  $p < 0.05$ .

**Results:** During the study period the incidence of eclampsia was 1.26% in our service. Classically, it occurred in 96.4% of young patients (mean age 21.68 years), primiparous (76.7%) and primigravidae (55%). They had completed less than 4 prenatal visits (72.1%) against 15.1% in controls ( $p = 0.000$ ). Maternal complications were observed in 84.9% of eclamptic against 4.1% in controls. These complications in eclampsia were dominated by malignant hypertension (21.9%) and status epilepticus eclampsia (19.2%). Lethality was 5.8%. Fetal complications of eclampsia were dominated by prematurity (56.4%) and acute fetal distress (32.8%) against 12.4% in controls. Perinatal mortality was 16.3% (14 fetal deaths) in eclamptic against 1.7% (3 fetal deaths) among cases ( $p = 0.000$ ).

**Conclusion:** Maternal-Fetal prognosis of eclampsia is still dark in our department. Prevention relies on screening and early treatment and effective pre-eclampsia and a multidisciplinary management of eclampsia with rapid transfer to intensive care.

**Keywords:** eclampsia, prognosis, case-control study



## INTRODUCTION

L'éclampsie demeure un véritable problème de santé publique en Afrique subsaharienne car responsable d'une mortalité et d'une morbidité materno-fœtale importante. Les chiffres de mortalité selon les séries, varient entre 3,4 et 38,9% pour la mortalité maternelle et 10 et 41,3% pour la mortalité périnatale [1,2]. Véritable urgence obstétricale, l'éclampsie est une complication aiguë paroxystique de la pré-éclampsie négligée ou méconnue.

L'objectif de ce travail était de préciser la fréquence de cette pathologie obstétricale et de décrire le pronostic maternel et fœtal.

## PATIENTES ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective cas-témoins, réalisée au CHU de Cocody sur une période de 2 ans, du 1<sup>er</sup> Janvier 2005 au 31 Décembre 2006. Elle a permis de comparer deux populations. Celle représentée par l'ensemble de cas d'éclampsie diagnostiqués dans notre service. Le témoin était toute patiente venue pour accouchement et porteuse d'une grossesse d'âge gestationnel supérieur ou égal à 28 semaines d'aménorrhée à la maternité juste après l'éclamptique selon l'ordre de l'accouchement. Nous n'avons pas retenu pour l'étude tous les cas d'éclampsie du postpartum, toute éclampsie sur grossesse molaire et toute autre pathologie sur grossesse. Selon ces critères, nous avons retenu 86 cas d'éclampsie pour 172 témoins et avons comparé le pronostic maternel et fœtal. Le test statistique de comparaison était le  $X^2$  au seuil de signification  $p < 0,05$ .

## RESULTATS

### Incidence

Au cours de la période d'étude, l'incidence de l'éclampsie au CHU de Cocody était de 1,26%. (86 cas sur 6825 accouchements).

### Age et Parité

L'âge moyen des éclamptiques était 21,68 ans contre 31,34 ans chez les témoins ( $p=0,000$ ). Elles étaient primigestes (63,9%) et primipares (76,7%) chez les éclamptiques contre 23,2% chez les témoins ( $p=0,000$ ).

### Suivi de la grossesse

La majorité des patientes éclamptiques (72,1%) ont effectué au plus 2 consultations prénatales (CPN) contre 15,1% chez les témoins ( $p=0,000$ ).

### Pronostic

Nous avons observé plus de complications maternelles chez les cas par rapport au groupe témoin (84,9% Vs 4,1% ;  $p < 5%$ ). Il s'agissait

surtout d'HTA maligne (21,9%), d'état de mal éclamptique (19,2%), de coma prolongé (9,6%), d'HELLP syndrome (8,2%).

Nous avons également noté 5 décès (5,8%) en cas d'éclampsie contre aucun chez les témoins. Les causes de décès étaient surtout l'OAP ( $n=2$ ), la coagulopathie ( $n=1$ ), l'AVC ( $n=1$ ), et au HELLP syndrome ( $n=1$ ). Les complications fœtales étaient de 67,1% chez les éclamptiques contre 12,4% chez les témoins ( $p=0,000$ ). La morbidité néonatale était dominée par la prématurité (56,4%) chez les cas contre 12,4% chez les témoins ( $p=0,000$ ), suivie de la souffrance fœtale aiguë (32,8%) contre 4,4% chez les témoins. La mortalité périnatale a été de 16,3% (14 décès fœtaux) chez les cas contre 1,7% (3 décès fœtaux) chez les témoins.

## DISCUSSION

### Fréquence

L'éclampsie dans sa forme classique est de survenue rare dans les pays développés [2,3] du fait de la précocité de la prise en charge des patientes. Cela s'expliquerait par un meilleur suivi prénatal, le dépistage des grossesses à risque vasculaire à l'aide du doppler utérin et la prise systématique de la TA au cours des visites prénatales et une meilleure prise de conscience des patientes de la gravité de l'affection. Par contre, l'éclampsie reste fréquente dans les pays africains en voie de développement du fait de l'analphabétisme des populations, du sous équipements des structures sanitaires, de la mauvaise qualité du suivi prénatal. L'incidence était de 1,07 % à Dakar [4] et de 0,98% au Maroc [5]. Dans notre étude, le taux était de 1,26%, proche des incidences suscitées.

### Aspects épidémiologiques

Les patientes éclamptiques étaient de plus en plus jeunes avec une moyenne d'âge de 21,68 ans contre 31,34 ans chez les témoins ( $p=0,000$ ). Il s'agissait surtout de primigestes (63,9%) et primipares (76,7%) chez les éclamptiques contre 23,2% chez les témoins ( $p=0,000$ ). Le jeune âge représente une période de prédilection de l'éclampsie que plusieurs études aussi bien africaines qu'européennes ont déjà mentionné [1, 2, 3].

La négligence de la surveillance prénatale était statistiquement significative chez les éclamptiques (67,5% Vs 6,4% ;  $p=0,0001$ ). En dépit d'une politique active, notre pays n'échappe pas encore à cette règle. Cette négligence est un facteur reconnu dans la littérature africaine [6]. Ceci serait lié dans notre contexte au caractère in désiré de ces grossesses qui surviennent la plupart du temps chez des adolescentes. Elles sont à l'origine de conflits

familiaux ou sont très rarement reconnu par les géniteurs. Par conséquent leur suivi est très souvent tardif et approximatif. D'où la nécessité d'une CPN de qualité ou CPN recentrée et l'intérêt de développer à la fois les soins prénataux et obstétricaux d'urgence dans nos services.

### **Pronostic**

L'éclampsie reste encore responsable de complications maternelles graves dans notre service (47,6% Vs 4,1%). La différence était statistiquement significative ( $P=0,001$ ). Celles-ci ont nécessité un transfert en unité de soins intensifs de réanimation dont le besoin n'a pas toujours été couvert du fait de l'indisponibilité de lits d'hospitalisation. Par ailleurs une prolongation du séjour hospitalier en a le plus souvent découlé (81,4%).

Les complications maternelles strictement liées à l'éclampsie étaient représentées par l'HTA maligne (21,9%), l'état de mal éclamptique (19,2%), l'insuffisance rénale aiguë (11%), le coma prolongé (9,6%) et le HELLP syndrome (8,2%). Il s'agit de complications fréquemment décrites dans toutes les études africaines et dont la prise en charge difficile et onéreuse contribuaient à assombrir d'avantage le pronostic maternel [2, 4, 7]. En Afrique, la mortalité maternelle liée à l'éclampsie était de 2,4% au Maroc [7], 2,8% au Togo [6], 17,9% à Dakar, et 6% au Congo [1]. La létalité dans notre étude était de 5,8% (soit 5 décès maternels) due à l'OA (n=2), à la coagulopathie (n=1), à l'AVC (n=1) et au HELLP syndrome (n=1). En revanche, l'éclampsie est une complication paroxystique rare dans les pays développés, la mortalité selon les auteurs y varie de 0 à 2,2% [2]. L'organisation des systèmes sanitaires, l'absence de dépistage systématique des femmes à risque vasculaire avec la réalisation d'un doppler aux artères utérines chez toute primigeste, la mauvaise qualité des CPN et la mauvaise observance des traitements sont autant d'éléments négatifs qui participent de l'augmentation des complications dans les pays africains.

La fréquence des complications de l'éclampsie est surtout liée aux difficultés rencontrées dans la prise en charge. En effet les services de réanimation ne disposant que d'une très faible capacité d'accueil, les patientes sont prises en charge dans notre service qui ne dispose pas de l'équipement requis pour une prise en charge adéquate. D'autre part il n'existe ni médicaments de 1<sup>er</sup> nécessité, ni matériel médical adaptés à la prise en charge des éclampsies graves.

La morbidité néonatale a été de 67,1% chez les cas

contre 12,4% chez les témoins dans notre étude ( $p=0,001$ ). La prématurité vient en tête (56,4%) suivie de la souffrance fœtale aiguë (32,8%) puis l'hypotrophie fœtale (5,4%) contre respectivement 12,4% de prématurés, 4,4% de SFA chez les témoins. Soixante nouveaux nés (73,1%) de mères éclamptiques ont été transférés en néonatalogie pour une meilleure prise en charge. La grande morbidité néonatale de l'éclampsie a été également soulignée par Pambou [2] au Congo Brazzaville qui notait 64% de complications néonatales dont 43,75% de prématurés et 37,5% de souffrance fœtale. La mortalité périnatale était de 16,3% (14 décès fœtaux) chez les éclamptiques contre 1,7% (3 décès) chez les témoins. Cette mortalité périnatale reste élevée partout ailleurs en Afrique [1, 4, 9]. En dehors de l'Afrique, les taux de mortalité varient de 4,7 à 7,5% [2]. Le constat du faible taux de mortalité dans les pays développés confirme clairement que ces pays disposent d'énormes moyens de réanimation et de prise en charge néonatale efficaces. Remarquons cependant que la mortalité chez l'éclamptique demeure élevée partout dans le monde.

### **CONCLUSION**

Le pronostic de l'éclampsie dans notre service est malheureusement encore sombre. La prévention doit exiger un dépistage systématique et une prise en charge précoce et efficace de la pré-éclampsie. L'approche multidisciplinaire s'impose pour une prise en charge optimale de l'éclampsie en milieu africain avec transfert rapide en réanimation.

### **REFERENCES**

1. Pambou O, Ekumdzola JR, Malada JP, Buambo S. Prise en charge et pronostic de l'éclampsie au CHU de Brazzaville. A propos d'une étude rétrospective de 100 cas Med Afr Noire 1999, 46 (11) pages ??
2. Kullberg G, Lindberg S, Hanson V. Eclampsia in Sweden. Hypertens pregnancy 2002; 21(1): 13-21
3. Dima AS, Annegers JF, Combs Cantrell D, Frankowski RF, Will MLJ. Case-control study of the risk factor for eclampsia. American journal of epidemiology 1995, 142 (4): 437-41
4. Cissé CT, Faye DME, Ngabo D, Mbaye M, Diagne PM, Moreau JC. Indication thérapeutique et pronostic de l'éclampsie au CHU de Dakar. J Gynécol Obstét Biol Reprod 2003, 32: 239-45
5. Miguil M, Salmi S, Mouhaoui M, Youssoufi EI. Aspect épidémiologiques et pronostic de l'éclampsie Cah d'anesth (Paris) 2003, 51, 3 : 177-80



6. Akpadza K, Baeta S, Kotor KT, Hodonov AKS. L'éclampsie à la clinique de gynécologie obstétrique du CHU Tonkoin- Lomé. Med Afr Noire 1996, (43), 3. **PAGES**
7. Moussaoui A and coll. Morbidité et mortalité de l'éclampsie au CHU Avicenne (Rabat, Maroc). Cah d'anesth (Paris) 2002, 50, 5: 319-23
8. Pottecher TH. SFAR. Réanimation des formes graves de pré-éclampsie. Conférence d'experts 2000, texte court. **REVOIR**
9. Oladokun A, Okewole AL, Adewole IF, Babarinsa IA. Evaluation of cases of eclampsia in the university college hospital of Ibadam. Over of a 10 year period. West Afr J Med 2000, 19 (3): 192-4

**CAS CLINIQUE**  
**(CASE REPORT)**

**INSERTION HEPATIQUE DU PLACENTA LORS D'UNE GROSSESSE ABDOMINALE :  
A PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LA LITTÉRATURE**

*LIVER INSERTION OF THE PLACENTA DURING ABDOMINAL PREGNANCY:  
A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW*

NGUESSAN KLP, MIAN B, GONDO D, KOFFI A, KONAN J, ANGOI V, ALLA H., GBARY E,  
ABAULETH R, BONI S

Service de gynécologie et d'obstétrique du CHU de Cocody 01 BP V 33 Abidjan 01 République de Côte d'Ivoire

---

**Correspondances** : Docteur Mian Dehi Boston Adresse : BP 13 Abidjan République de Côte d'Ivoire  
Téléphone : (225) 01501739/ 07963911/22441008 Email: [bostondehimian@yahoo.fr](mailto:bostondehimian@yahoo.fr)

**RESUME**

Nous rapportons un cas de grossesse abdominale menée à terme dont le placenta était d'insertion hépatique. Le diagnostic a été tardif malgré la réalisation de plusieurs échographies obstétricales au cours de la surveillance prénatale. L'attitude thérapeutique a consisté en des mesures de réanimation associées à une laparotomie. Le placenta inséré au niveau du foie a été laissé en place après l'extraction du fœtus. Les suites opératoires étaient simples. La surveillance postopératoire a reposé sur un dosage des bêtaHCG plasmatiques associé à la réalisation d'échographies abdominales. A travers cette observation nous souligner les difficultés de diagnostic et de prise en charge des grossesses abdominales en rapport avec les déficiences de notre plateau technique.

**Mots-clés** : grossesse abdominale échographie obstétricale - placenta.

**SUMMARY**

We report a case of abdominal pregnancy carried to term. The diagnosis was delayed despite the completion during the prenatal obstetric ultrasound. The therapeutic approach consisted of resuscitative measures associated with laparotomy. The placenta inserted in the liver was left in place. The postoperative course was uneventful. Postoperative monitoring was based on a mix bêtaHCG plasma and abdominal ultrasound. Through this observation we want to highlight the difficulties in diagnosis and management of abdominal pregnancy in relation to the deficiencies of our technical platform.

**Keywords**: abdominal pregnancy - Obstetric Ultrasound Placenta

## INTRODUCTION

La grossesse abdominale représente une localisation exceptionnelle des grossesses extra-utérines. Son incidence serait estimée à 1 pour 10.000 naissances vivantes [1]. Fréquente dans les pays à niveau socio-économique bas et peu médicalisés, son diagnostic y est souvent tardif. Cela pose alors le problème de sa prise en charge thérapeutique et de son pronostic [2]. En pratique, en cas de découverte d'une grossesse abdominale, il existe une forte probabilité pour qu'une interruption de grossesse soit proposée devant les risques surtout maternels mais également fœtaux [3]. Le retard au diagnostic malgré les progrès des moyens d'imagerie médicale, nous amène encore à des taux de mortalité élevée de 5,2% [1]. Notre observation met en évidence les difficultés du diagnostic précoce dans notre contexte, malgré la disposition de moyens d'imagerie médicale essentiels.

## OBSERVATION

Mme Y âgée de 24 ans, 3<sup>ème</sup> geste nullipare, référée à notre service à l'issue d'une échographie qui mettait en évidence une grossesse abdominale de 37 SA évolutive.

Elle était porteuse d'une grossesse estimée à terme la date des dernières règles n'étant pas connue. Aucune échographie pelvienne précoce de datation n'avait été réalisée en début de grossesse. Le suivi prénatal était très approximatif avec 3 consultations prénatales (CPN) de très mauvaises qualités avec un bilan prénatal incomplet. Dans le cadre de ce bilan, une échographie réalisée à 19 SA retrouvait une grossesse intrautérine évolutive avec surtout un placenta prævia central. Nous ne disposons que des résultats relevés dans le carnet de suivi prénatal et non des clichés échographiques. Par ailleurs, une échographie tardive réalisée à 40 SA, soit 20 jours avant l'admission ne retrouvait pas non plus de grossesse abdominale, mais plutôt un placenta antérieur recouvrant toute la fenêtre acoustique et un fœtus non visible sauf un fémur. Devant le doute et les craintes suscités par cette dernière échographie, une nouvelle lui est demandée le lendemain qui mettait en évidence un fœtus vivant gisant dans la cavité abdominale, sans anomalies morphologiques.

A l'examen obstétrical l'axe de l'utérus était longitudinal, les bruits du cœur fœtal étaient réguliers et la gestante non travail. Le taux d'hémoglobine était à 8g/dl, les plaquettes à  $500.10^3$  /mm<sup>3</sup>, le bilan d'hémostase était normal de même que le taux d'urée et de créatinine. Une décision de laparotomie a donc été prise en urgence après qu'un

bilan préopératoire demandé soit revenu normal. Celle-ci a été pratiquée après incision médiane sous ombilicale. Elle objectivait la présence dans la cavité abdominale d'un fœtus en présentation du siège complet baignant dans un liquide putride fétide sans interposition de membranes. Ses mensurations étaient les suivantes : sexe féminin, poids à 2500 grammes, mesurant 48 cm, périmètre crânien 30 cm. Le score d'Apgar était coté à 5 à la 1<sup>ère</sup> minute, puis 3 à la 2<sup>ème</sup> minute et enfin 0 à la 10<sup>ème</sup> minute. Ce nouveau-né présentait de multiples malformations telles un faciès mongoloïde, un pied bot varus équin. La réanimation a donc été vaine et a dû être abandonnée au bout de 15 minutes.

Après double ligature section du cordon ombilical, le placenta été laissé en place. Il s'insérait à la fois sur la corne utérine gauche, le lobe gauche du foie, le mésentère et au niveau des anses intestinales. Un drainage bilatéral des gouttières pariéto-coliques à l'aide de lames de Delbet a été effectué après lavage abondant de la cavité abdominale au sérum physiologique.

Les suites opératoires immédiates étaient marquées par un syndrome sub-occlusif. Il a donc été mis en place une sonde nasogastrique associée à une réhydratation hydro électrolytique et la prescription d'un laxatif. La reprise du transit s'est ainsi effectuée au 4<sup>ème</sup> jour postopératoire avec une amélioration nette de l'état général.

L'ablation de la sonde nasogastrique, de la sonde urinaire et des drains s'est effectuée au 8<sup>ème</sup> jour postopératoire. Un traitement per os a donc été entrepris. Il reposait sur une antibiothérapie préventive, un laxatif, un antianémique et un antalgique. Au 13<sup>ème</sup> jour post-opératoire, l'alimentation semi-liquide a été autorisée.

Une échographie abdominale a été faite au 20<sup>ème</sup> jour de l'intervention. Elle a objectivée la présence d'un volumineux placenta hétérogène intra-abdominal s'étendant de la région pelvienne à l'hypocondre gauche sans images de compression des organes avoisinants. Elle a été associée au dosage de l'hormone chorionique gonadotrophique ( $\beta$ HCG) dont le taux était à 856 UI/l.

La sortie a donc été autorisée au 21<sup>ème</sup> jour postopératoire après ablation du pansement opératoire et des fils de sutures au niveau de la peau.

La surveillance post-opératoire a reposé sur le dosage hebdomadaire des  $\beta$ HCG plasmatiques associée à des échographies abdominales bihebdomadaires. La négativation des  $\beta$ HCG et la lyse du placenta ont été observés 8 mois après l'intervention chirurgicale.

## DISCUSSION

Si la grossesse abdominale reste une éventualité exceptionnellement rare, son pronostic fœto-maternel demeure cependant encore grave. L'évolution jusqu'à terme est encore plus exceptionnelle car devant les risques hémorragiques ou la présence de saignement l'interruption de grossesse est plus souvent réalisée. Il faudrait pour cela que le diagnostic soit fait de façon précoce lors de l'échographie du 1<sup>er</sup> trimestre. En effet la description systématique des annexes et de l'utérus lors de l'échographie endovaginale du 1<sup>er</sup> trimestre devrait permettre d'éviter les risques liés à une grossesse ectopique asymptomatique [3]. Il faudrait pour cela en faire le diagnostic. En conséquence, plus qu'une simple échographie pelvienne, il faudrait qu'elle puisse être réalisée par un opérateur expérimenté et entraîné. Par ailleurs il serait indispensable que cet examen soit demandé et réalisé effectivement par les gestantes. Cela n'est toujours pas le cas dans nos pays sous médicalisés en raison du faible revenu des ménages, du plateau technique déficient ou vétuste et enfin de la qualité des échographistes. Notre observation en est une parfaite illustration. En réalité au cours des échographies précoces avant 13 SA, on n'insiste pas assez sur la paroi utérine autour de l'œuf. Ces échographies, réalisées par voie endovaginale auraient eu l'avantage de mettre en évidence un sac ovulaire ectopique particulièrement sphérique, un utérus vide, corrélé à un taux de bêtaHCG élevé et une clinique évocatrice [4].

On distingue classiquement deux mécanismes physiopathologiques expliquant la survenue de la grossesse abdominale. Soit primaire par implantation intra-péritonéale, plus rare et plus fréquemment secondaire à un avortement tubo-abdominal [3]. Pour ce qui est de notre observation nous ne saurions exprimer avec exactitude les circonstances de survenue. Certains auteurs [1] ont souvent retrouvé, des facteurs de risque de grossesse extra-utérine. Il s'agissait souvent de traitement de stérilité, de dispositif intra-utérin, de grossesse après FIV, d'antécédent de traumatisme utérin, d'interruption de grossesse par aspiration, de cicatrice utérine, d'infections génitales [1].

Dans le cas rapporté, la symptomatologie était pauvre rendant difficile le diagnostic clinique. Par ailleurs, lorsqu'une échographie était pratiquée, les critères échographiques décrits par Allibone et al. [5] et Riethmuller et al. [6] n'étaient pas retrouvés : absence de paroi utérine visible entre la vessie maternelle et le fœtus, une localisation extra-utérine du placenta, des parties fœtales proches de

la paroi abdominale maternelle, une présentation anormale du fœtus, une absence de liquide amniotique entre le placenta et le fœtus. A posteriori, l'échographie de 19 SA ne permettrait pas de mettre en évidence une absence de paroi utérine, mais le diagnostic aurait pu être apporté par l'IRM [1,7] ou l'échographie précoce.

La prise en charge d'une grossesse abdominale varie selon le terme et devrait être multidisciplinaire tant les lésions peuvent être multiples et variées. La découverte précoce avant 20 SA conduit le plus souvent à la proposition d'une interruption médicale de grossesse [3]. Déroger à cette règle doit être une exception selon Beddock et al. [1]. Après 20 SA, un suivi prénatal rapproché, une bonne adhésion par la gestante et une hospitalisation dans une structure adaptée est nécessaire jusqu'à l'accouchement [3]. Dans notre contexte devant l'incapacité de réunir toutes ces conditions nous envisageons le plus souvent l'interruption de la grossesse. Cela n'avait pas été le cas de notre observation car le diagnostic de grossesse intra-utérine n'avait été évoqué que lors de l'échographie de réalisée à terme. La grossesse abdominale était méconnue de tous avant le terme de 40 SA selon cette échographie tardive.

Martin a proposé huit critères permettant d'envisager une attitude conservatrice en cas de grossesse abdominale: un bébé vivant lors d'une grossesse déjà avancée, l'absence de malformation congénitale majeure, l'absence de détresse fœtale et maternelle, un bien être fœtal constant, une implantation placentaire basse dans l'abdomen loin du foie ou de la rate, une poche des eaux intacte avec du liquide amniotique tout autour du bébé, une hospitalisation continue de la gestante dans une maternité équipée, disposant d'équipes multidisciplinaires et de possibilité transfusionnelles intra-muros, une patiente informée et consentante [8]. Dans notre cas il s'agissait d'une localisation hépatique et de toutes les façons si la localisation ectopique avait été découverte plutôt, il est fort probable que l'interruption médicale de la grossesse ait été entreprise.

La principale difficulté lors de l'intervention réside dans l'extraction du placenta. Elle s'avère en effet à haut risque hémorragique. Il est donc plus souvent recommandé de laisser le placenta *in situ* après ligature proximale du cordon ombilical [9]. Sa résorption spontanée se fera alors sous surveillance échographie-doppler et dosage des bêta-HCG [9]. Elle s'effectuera en deux phases. Une importante pendant les 2 premiers mois, puis une stabilité pendant six à huit mois. Enfin une phase de régression progressive [6]. La surveillance de sa

régression obéira au le mode décrit par Rithmuller [6]. Nous avons eu recours à cette technique.

D'autres auteurs on rapporté l'utilisation de méthotrexate afin d'accélérer la résorption placentaire [3]. Mais celle-ci pourrait se compliquer d'infection par nécrose placentaire [3]. Nous n'y avons pas eu recours car notre patiente était démunie financièrement.

L'évaluation préopératoire par IRM semblerait d'une aide majeure. Elle permettrait en effet une localisation précise du placenta [3]. Cependant sont coût élevé représente un frein majeur à sa pratique dans nos régions pauvres.

## CONCLUSION

La grossesse abdominale est une pathologie rare. Comme toute grossesse ectopique son pronostic est gravissime. Elle reste encore l'apanage des pays sous médicalisés de bas niveau socio-économique. Elle mérite cependant d'être connue et prise en charge correctement afin de réduire sa mortalité. L'intérêt des échographies et leur réalisation par des personnes entraînées expérimentées est indispensable à son diagnostic.

## REFERENCES

1. Beddock R, Naepels P, Gondry B, Carmier B, Boulanger JC, Gondry J. diagnosis and currents concepts of management of advanced abdominal pregnancy. *Gynecol. Obstet. Fertil.* 2004; 32: 55-61
2. P Guié, P Iovenitti, JA Tegan, E Nguessan, I Yao, E Bohoussou, JJ Dia, S Anongba, CK Touré.

La grossesse abdominale: Problèmes diagnostiques et thérapeutiques. Notre expérience à partir de 4 observations au CHU de Treichville. *Mali Médical* 2009 ; 25 (4) : 60-62

3. E Faller, E Kauffmann, S Chevière, M Heissert, H Ranjatoelina, B Boumahni AA Sitty-Amina, G Barau. Grossesse abdominal menée à terme. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2006 ; 35 : 732 735.

4. Abossolo T, Sommer JC, Danciosne P, Orvain E, Tuillon J, Isoard L. Grossesse abdominale au premier trimestre et traitement coelio-chirurgical. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1994 ; 23 : 676-80

5. Allibone GW, Fagan CJ, Porter SC. The sonographic features of intraabdominal pregnancy. *J Clin Ultrasound* 1981;9: 383 7.

6. Rithmuller D, Courtois L, Maillet R, Schaal JP. Ectopic pregnancy management : Cervical and abdominal pregnancies. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2003;32 (suppl au n°7): S101-8.

7. Herman A, Maymon R, Dreazen E, Caspi E, Bukovsky I, Weinraub Z. Nuchal translucency audit a novel image-scoring method. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1998;12:398 403.

8. Martin Jr JN, McCaul IVJF. Emergent management of abdominal pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 1990;33:438-47.

9. Bajo JM, Garcia-frutos A, Huertas A. Sonographic follow-up of placenta left in situ after delivery of the fetus in an abdominal pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1996;7:285-8.