

Grossesse hétérotopique découverte au cours d'une césarienne

***Kouadio Kouadio Narcisse
Menin-messou Benié Michelle
Clausen M.G.
Samaké Yaya***

Université Alassane Ouattara de Bouaké, Côte d'Ivoire
Service de gynécologie et obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire de
Bouaké, Côte d'Ivoire

Touré Ibrahim

Université Alassane Ouattara de Bouaké, Côte d'Ivoire
Service d'anatomie et cytologie du Centre Hospitalier Universitaire de
Bouaké, Côte d'Ivoire

***Boko Dagoun Dagbessa Elysée
Djanhan Lydie Estelle
Doumbia Yacouba***

Université Alassane Ouattara de Bouaké, Côte d'Ivoire
Service de gynécologie et obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire de
Bouaké, Côte d'Ivoire

Doi: 10.19044/esipreprint.10.2025.p264

Approved: 13 October 2025
Posted: 15 October 2025

Copyright 2025 Author(s)
Under Creative Commons CC-BY 4.0
OPEN ACCESS

Cite As:

Kouadio, K. K. N., Menin-messou, B. M., Clausen, M. G., Samaké, Y., Touré, I., Boko Dagoun Dagbessa, E., Djanhan, L. E., & Doumbia, Y. (2025). *Grossesse hétérotopique découverte au cours d'une césarienne*. ESI Preprints.
<https://doi.org/10.19044/esipreprint.10.2025.p264>

Résumé

La grossesse hétérotopique (GH) est une association d'une grossesse intra-utérine (GIU) et d'une grossesse extra-utérine (GEU). Elle est rare dans un cycle spontané. Son diagnostic se fait à l'échographie mais parfois la découverte de la grossesse intra-utérine peut détourner l'attention du radiologue quant à l'existence d'une grossesse extra-utérine. Cette situation est cause de retard de diagnostic et met le pronostic vital de la mère en jeu avec la rupture de la grossesse extra-utérine. Nous rapportons un cas

atypique de grossesse hétérotopique dans laquelle la GEU rompue a été découverte en per césarienne indiquée pour premier jumeau en présentation du siège après confirmation histologique. Ce travail a pour objectif d'amener les radiologues à rechercher systématiquement la GEU même s'il existe une GIU et les chirurgiens à envoyer systématiquement toutes les pièces opératoires en anatomopathologique.

Mots clés : Césarienne, grossesse extra-utérine, grossesse hétérotopique, salpingectomie, trompe utérine

Heterotopic Pregnancy Discovered During Caesarean Delivery

*Kouadio Kouadio Narcisse
Menin-messou Benié Michelle
Clausen M.G.
Samaké Yaya*

Université Alassane Ouattara de Bouaké, Côte d'Ivoire
Service de gynécologie et obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire de
Bouaké, Côte d'Ivoire

Touré Ibrahiman

Université Alassane Ouattara de Bouaké, Côte d'Ivoire
Service d'anatomie et cytologie du Centre Hospitalier Universitaire de
Bouaké, Côte d'Ivoire

*Boko Dagoun Dagbessé Elysée
Djanhan Lydie Estelle
Doumbia Yacouba*

Université Alassane Ouattara de Bouaké, Côte d'Ivoire
Service de gynécologie et obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire de
Bouaké, Côte d'Ivoire

Abstract

Heterotopic pregnancy (HP) is a combination of an intrauterine pregnancy (IUP) and an ectopic pregnancy (EP). It is rare in a spontaneous cycle. It is diagnosed by ultrasound, but sometimes the discovery of an intrauterine pregnancy can distract the radiologist's attention from the existence of an ectopic pregnancy. This situation causes a delay in diagnosis and puts the mother's life at risk due to the rupture of the ectopic pregnancy. We report an atypical case of heterotopic pregnancy in which the ruptured ectopic pregnancy was discovered during a cesarean section performed for the first twin in breech presentation after histological confirmation. The aim

of this work is to encourage radiologists to systematically screen for ectopic pregnancy even when there is an intrauterine pregnancy, and surgeons to systematically send all surgical specimens for pathological examination.

Keywords: Cesarean delivery, ectopic pregnancy, heterotopic pregnancy, salpingectomy, uterine tube

Introduction

La grossesse hétérotopique (GH) est une forme de grossesse gémellaire bi-ovulaire dont l'une des nidations s'est faite dans la cavité utérine et l'autre situation ectopique (Kondo et al., 2025). Elle est rare dans un cycle spontané (Smiti et al., 2021). La GH peut mettre en jeu le pronostic vital de la gestante (Ahmed et al., 2017). Le plus souvent le diagnostic est facile devant les signes d'une grossesse extra-utérine (GEU) rompue mais il peut être parfois confondu à une menace d'avortement quand le diagnostic de la grossesse intra-utérine (GIU) est déjà connu (Sanogo et al., 2020). Nous rapportons un cas atypique de grossesse hétérotopique dont grossesse extra-utérine rompue a été découverte en per césarienne indiquée pour premier jumeau en présentation du siège après confirmation histologique.

Observation

Il s'agit d'une gestante K.N de 34 ans, G4P2 avec 2 enfants vivants et une interruption volontaire de grossesse qui portait une grossesse gémellaire de 38 semaines d'aménorrhée (SA) avec premier jumeau en présentation du siège. Il n'y avait pas eu de traitement d'infertilité. Elle avait présenté un épisode de métrorragie en début de grossesse sur environ une semaine sans douleur pelvienne. Un traitement à base de progestérone et un repos avait été entrepris. Une échographie pelvienne réalisée qui avait objectivé une grossesse monofoetale non encore embryonné sans anomalie associée. Devant une hauteur utérine excessive par rapport à l'âge gestationnel, une deuxième échographie va diagnostiquer la gémellité. L'échographie pronostique à 37 SA ayant mis en évidence une grossesse gémellaire bichoriale biamniotique avec une présentation du siège du premier jumeau, elle a été référée dans notre service pour prise en charge. Nous avons décidé d'une césarienne de prudence pour premier jumeau en siège qui été réalisée le 8 Septembre 2020. La césarienne a permis l'extraction d'un premier jumeau de sexe masculin pesant, 2350 grammes, taille = 45 centimètres, périmètre crânien= 31 centimètres, APGAR= 8-9 en 5 minutes et un deuxième jumeau de sexe masculin pesant 2650 grammes, taille=46 centimètres, périmètre crânien = 33 centimètres et APGAR= 8-9 en 5 minutes. C'est une grossesse gémellaire bichoriale biamniotique. Après

l'extraction des jumeaux nous découvrons une tumeur d'aspect nécrotique sur la trompe gauche de 80x50mm de diamètre (figure 1).



Figure 1 : Tumeur de la trompe gauche d'aspect nécrotique

L'ovaire homolatéral et l'annexe droite était saine avec quelques adhérences tubo-ovariques donc nous avons réalisé une salpingectomie et envoyé la pièce opératoire au laboratoire pour examen histologique. Les suites opératoires ont été simples et la patiente est sortie à J3 post-opératoire. L'histologie réalisée avait conclu à une grossesse tubaire rompue associée à une salpingite chronique non spécifique (figure 2 et 3).

TROMPE C X4

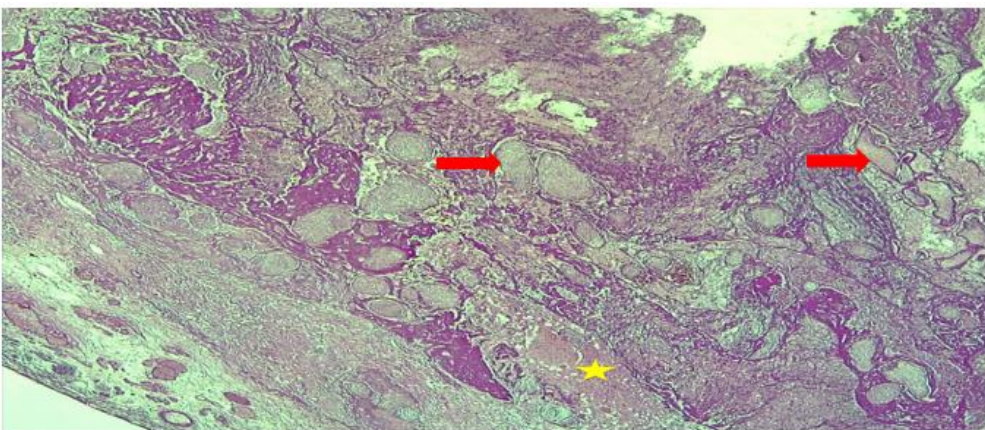


Figure 2 : Présence de villosités placentaires de petite et moyenne taille a axe fibreux avec un revêtement trophoblastique régulier

TUBE B X40

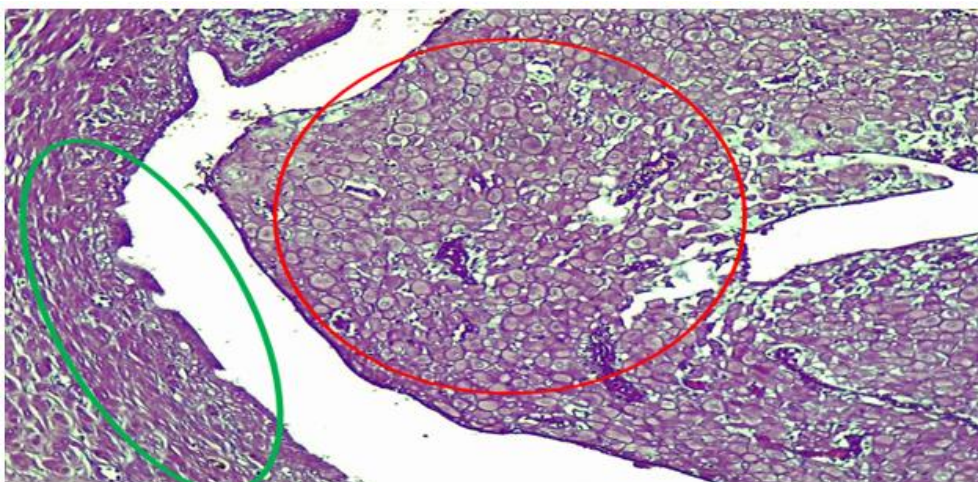


Figure 3 : paroi tubaire avec raréfaction des franges tubaires (cercle vert), lumière dilatée contenant un décidualisé décidualisé (cercle rouge)

Discussion

La grossesse hétérotopique (GH) est l'association d'une grossesse intra-utérine (GIU) et une grossesse extra-utérine (GEU) chez une même patiente (Niang et al., 2013). La GH est rare mais sa fréquence tend à augmenter avec l'avènement des procréations médicalement assistées (PMA) (Sall et al., 2025). Sa fréquence varie de 1/30000 lors des grossesses spontanées à 1/100 au cours de la PMA (Niang et al., 2013). Cependant, les facteurs de risques sont identiques à celle des grossesses extra-utérines ordinaires dont l'une des principaux facteurs de risque reste l'infection génitale haute (Riadh et al., 2012). Dans notre série, notre patiente n'a pas bénéficié d'un PMA mais porte une salpingite chronique non spécifique avec un antécédent d'interruption de grossesse. Sur le plan physiopathologique plusieurs théories ont été développées. L'implantation ectopique de l'un des œufs pourrait être due à une fécondation simultanée au cours du même coït ou d'une fécondation différée (fécondation de deux ovules produits à un court intervalle au cours d'un même cycle par deux spermatozoïdes provenant de deux coïts successifs), soit à une implantation différée due à un retard de captation ovulaire ou une captation par la trompe controlatérale (Radhouane et al., 2014). La symptomatologie clinique de la GH est dominée par la triade classique d'une classique de la GEU : aménorrhée, métrorragies et douleur pelvienne (Ahmed et al., 2017) L'échographie pelvienne et endovaginale est le premier examen complémentaire à réaliser et permet de faire le diagnostic dans 89% des cas (Radhouane et al., 2014). Cependant, lorsque le diagnostic de la GIU est fait sans la GEU à l'échographie, le diagnostic de la GH devient difficile et tardif, le plus souvent devant un

tableau d'hémopéritoine (Sanogo et al., 2020). Cette éventualité serait conforme à notre cas où l'échographie diagnostique n'avait pas objectivé la GEU. Ailleurs, notre cas rapporté se différencie par la rupture de la GEU passée inaperçue, la découverte fortuite en peropératoire et le diagnostic de GEU rompue a été fait par l'examen histologique. Le traitement avait consisté à une salpingectomie. Nous nous posons la question de savoir pourquoi cette GEU rompue n'a pas été symptomatologique ? Avait-t 'il eu une hémostase par compression ? Était-ce une GEU rompue mais moins hémorragique pour donner un tableau d'hémopéritoine abondant ?

Conclusion

La GH est une pathologie rare dont la rupture de la GEU est révélatrice. Le cas que nous rapportons est atypique car son diagnostic a été fait à l'examen anatomopathologique après une salpingectomie faite au cours d'une césarienne pour premier jumeau en siège. Il faut une recherche systématique de GH lors de l'échographie diagnostique et toute pièce opératoire doit être acheminée au laboratoire pour analyse.

Conflit d'intérêts : Les auteurs n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

Disponibilité des données : Toutes les données sont incluses dans le contenu de l'article.

Déclaration de financement : Les auteurs n'ont obtenu aucun financement pour cette recherche.

Déclaration pour les participants humains : Cette étude a été approuvée par le Centre Hospitalier et Universitaire de Bouaké/Côte d'Ivoire et les principes de la déclaration d'Helsinki ont été respectés.

References:

1. Ahmed, G., Nisrine, M., Sanaa, E., Chahrazad, B., & Abdelaziz, B. (2017) La grossesse hétérotopique spontanée: à propos de deux cas. *Pan African Medical Journal*, 28 (1). <https://doi.org/10.11604/pamj.2017.28.306.13696>
2. Boukaïdi, M.L., Bouhya, S., Sefrioui, O., Bennani, O., Hermas, S., & Aderdour M. (2002) Grossesses hétérotopiques : à propos de huit cas. *Gynécol Obstét Fertil*, 30 (3), 218-223
3. Kondo,ARN., Mendoua,MF., Ngouho, GM., Nga, GGA., Fossa,SK., & Moustapha, B. (2025). De la Grossesse Hétérotopique Spontanée à la Naissance Vivante : Diagnostic, Prise en Charge et Evolution à Propos d'un Cas. *Health Sci. Dis*, 26 (2), 157-159

4. Niang,M.M., AIDIBE, I., & CISSE, C.T. (2013) grossesse heterotopique spontanée à l'institut d'hygiène social de Dakar. A propos de trois cas et revue de la littérature. Médecine d'Afrique Noire, 60(6), 263-268
5. Radhouane, A., Sana, G., & Khaled N. (2014) Grossesse hétérotopique : à propos d'un cas et revue de la littérature. Imagerie de la femme, 24(4), 177-180
6. Riadh, BT., Nabil, M., Tahar, M., Leila, A., & Abdellatif, C (2012). La grossesse hétérotopique : à propos de sept cas et revue de la littérature. Imagerie de la femme, 22(2) : 110-16
7. Sall, N.R., Ben Chaffi, M., Gaye, I., Ndiaye, MT., Ndiaye Gueye, M.D., & Moreira, P.M (2025). Prise en charge coelioscopique de grossesses hétérotopiques à propos de deux cas au Centre Hospitalier National de Dalal Jamm. Journal de la SAGO, 26 (1), 67-70.
8. Sanogo, S., Coulibaly, P., Bagayogo, NS., Traore, D., Traore, A., & Mariko, S (2020). Diagnostic tardif d'une grossesse hétérotopique à trois mois de la naissance du frère jumeau: à propos d'un cas. J Afr Imag Méd, 12(1):48-53.
9. Smiti, Y., El Bouti, A., Sibbou, K., Allali, N., El Haddad, S., & Chat L (2021). Diagnostic et prise en charge d'une grossesse hétérotopique spontanée : cas clinique et revue de la littérature. Imagerie de la Femme, 31(1) :57-60