

UNIVERSITE DE LA REUNION

FACULTE DE MEDECINE

GROSSESSE ABDOMINALE A TERME:

à propos d'un cas et revue de la littérature

au Centre Hospitalier de Mamoudzou

(Mayotte)

Mémoire pour l'obtention du DIU d'Echographie

gynécologique et obstétrique

Présenté par Docteur Marie-Madeleine GUERET

Responsable de formation

Docteur Annick Laffitte

Année Universitaire 2015-2016

ABREVIATIONS UTILISEES

AG : Age gestationnel

ARCF : Anomalies du Rythme Cardiaque Foetal

CG : Culot Globulaire

CHM : Centre Hospitalier de Mamoudzou

CPN : Consultation Pré Natale

CRP : C-Reactiv Protein

EPF : Estimation du poids foetal

GA : Grossesse Abdominale

GEU: Grossesse Extra Utérine

HB : Hémoglobine

Hcte : Hématocrite

HCG : Hormone Chorionique Gonadotrophine

IMG : Interruption Médicale de Grossesse

IRM : Imagerie par Résonnance Magnétique

PFC : Plasma Frais Congelé

SA : Semaine d'Aménorrhée

SG : Sac Gestationnel

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION

II. MATERIEL ET METHODE

1-Observation clinique

2- Résultats

a- Monitoring

b- Echographie

c- Biologie

d- Scanner abdomino-pelvien

3- Traitement

4- Evolution

III. DISCUSSION ET COMMENTAIRES

IV. CONCLUSION

V. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

I. INTRODUCTION

Entité des grossesses extra-utérines (GEU), la grossesse abdominale ou péritonéale se définit comme étant l'implantation et le développement de l'œuf fécondé en partie ou en totalité dans la cavité abdominale de façon primaire ou le plus souvent secondaire (1).

On distingue la grossesse abdominale précoce de la grossesse abdominale avancée diagnostiquée après 20 semaines d'aménorrhée (2).

C'est un événement rare dans l'évolution d'une grossesse puisqu'elle ne concerne qu'1% des grossesses ectopiques (3). Son incidence serait de 1 pour 10 000 naissances vivantes (2,4).

Si elle est exceptionnelle dans les pays développés, la GA est plus fréquente dans les pays en voie de développement à faible densité médicale (3).

Ainsi Corrêa l'a défini comme l'un des reflets du sous développement (6,7,8).

L'examen clinique et l'échographie occupent une place primordiale dans le diagnostic de GA.

Les formes évolutives jusqu'au terme sont exceptionnelles avec une mortalité périnatale élevée et des complications maternelles occlusives, infectieuses, et surtout hémorragiques pouvant être très graves (1,9).

Le traitement est toujours chirurgical et le pronostic fœtal est souvent réservé et sombre.

Nous nous proposons de rapporter un cas de GA menée à terme, découverte lors d'un examen échographique aux urgences obstétricales du Centre Hospitalier de Mamoudzou à Mayotte.

Une revue de la littérature sur cette variété rare de grossesse ectopique nous paraît très intéressante.

La population à forte dominance immigrée, est issue des îles Comoriennes voisines et de Madagascar, en situation sanitaire précaire.

II- MATERIEL ET METHODE

1- Observation clinique

Madame O. âgée de 22 ans, 2^{ème} geste, avec 1 enfant vivant né par Césarienne en 2014.

Elle n'avait pas d'antécédents médicaux particuliers.

La date de ses dernières règles n'étant pas connue. Elle était transférée de la maternité de Kahani, localité, située dans le Centre de Mayotte à 18.1 km de la ville de Mamoudzou pour des douleurs abdomino-pelviennes et des anomalies du rythme cardiaque fœtal (ARCF) sur une grossesse évolutive à terme.

La patiente est comorienne, vivant à Mayotte avec son mari. Elle ne parle pas français et a un niveau socio-économique bas.

C'était une grossesse de datation tardive à 27 SA à la maternité de Kahani, faite par une sage-femme sans DIU d'échographie.

Depuis lors un suivi obstétrical lui a été organisé au niveau de la maternité du Centre où elle a bénéficié de 3 consultations prénatales (CPN). Mais aucune autre échographie n'avait été réalisée.

A son arrivée à la maternité de Mamoudzou l'examen clinique retrouvait : une subpâleur conjonctivale, Madame O pesait 52 Kg pour 1.55 m, la TA et le pouls étaient normaux.

L'examen obstétrical ne relevait pas de particularité en dehors d'une hauteur utérine excessive à 36 cm.

Le monitoring était normo oscillant et réactif au début, puis devient progressivement micro oscillant avec 1 rythme de base à 140 battements par minute .

C'était le 2^{ème} Contrôle de Monitoring qui a révélé l'absence d'activité fœtale motivant un examen échographique qui a diagnostiqué une grossesse à terme dans la cavité abdominale avec mort fœtale.

Le fœtus était en position transversale, dos en avant, le pôle céphalique dans le flanc gauche et le pôle podalique dans le flanc droit, en état de macération.

L'utérus bas situé, était dévié à gauche, le placenta inséré, plutôt à gauche sur la face antérieure de l'utérus.

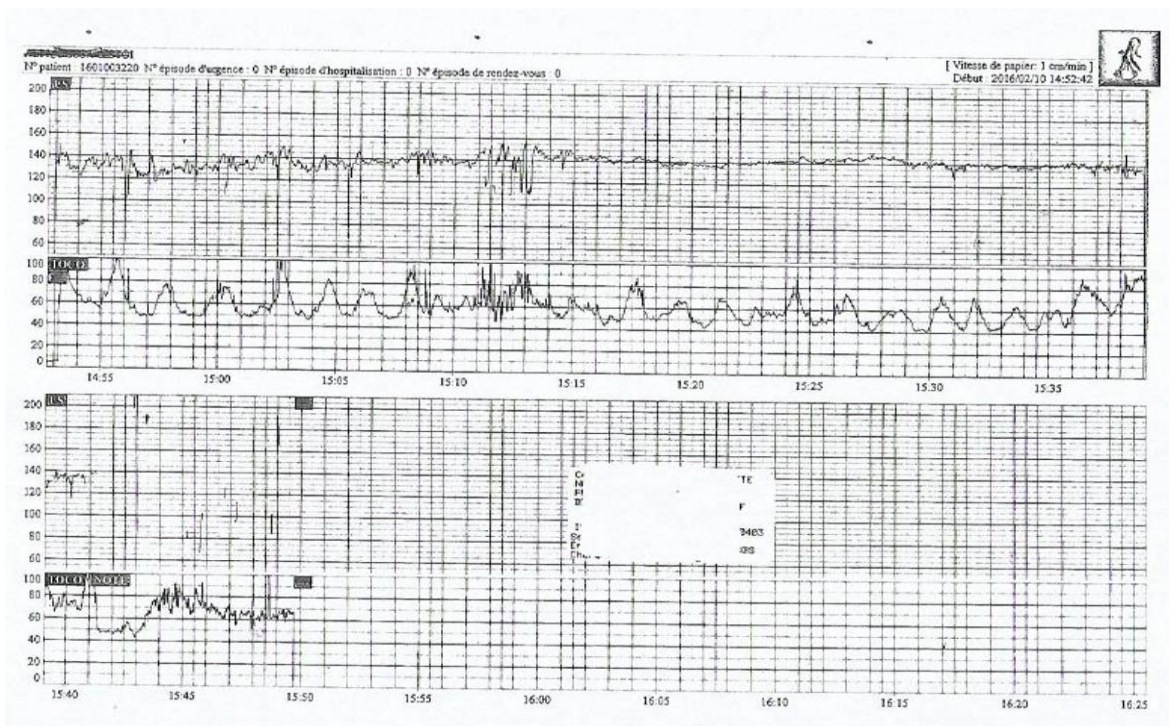
La biométrie fœtale était à 37 SA avec une estimation du poids fœtal (EPF) à 2845 g.

L'hémogramme montrant une anémie normochrome, normocytaire avec un taux d'hémoglobine (HB) à 10.4 g/dl, hématocrite (Hcte) = 32.4 %, CRP = 40 d'élévation progressive.

Compte- tenu de notre plateau technique insuffisant, une évacuation a été décidée le lendemain à Saint Pierre de la réunion pour une prise en charge.

2- RESULTATS

a- Monitoring



Surveillance monitoring à son arrivée dans le service. (RCF normo oscillant et réactif au début, puis devient micro oscillant et non réactif

b-Echographie

L'échographie réalisée, met en évidence une grossesse d'AG estimée à 37SA . Elle montre un fœtus mort, en présentation transversale et en état de macération dans la cavité abdominale. Le liquide amniotique est absent(LA). L'utérus est vide.

CHM-Mamoudzou		Date d'examen:	10.02.2016	Page	1 / 8			
Nom	AL MOUSSA, OUSTO	DDN		Sexe	Autre			
ID patient	294127SU3-16-02-10-9	Praticien		Méd. réf.				
Indication		Échog.						
DDR	GA(DDR)	DPA(DDR)	G	Ab				
DDC	AG(MAE) 37w0d	DPA(MAE) 09.03.2016	P	Ec				
PFE (Hadlock)	Valeur	Plage	Âge	Plage	GP	CFEF 2014		
CA/LF/CT	2845g	± 421g	36w1d			N/D		
Mesures 2D	MAE	Valeur	m1	m2	m3	Méth.	GP	Âge
BIP (CFEF)	✓	91.0 mm	91.0			dern.		38w2d
DFO (HC)		114.2 mm	114.2			dern.		
CT (CFEF)	✓	324.8 mm	324.8			dern.		00R
CA (CFEF)	✓	336.7 mm	332.3	336.7		dern.		39w5d
LF (CFEF)	✓	63.4 mm	63.4			dern.		33w2d

Récapitulatif de la biométrie fœtale à 37 SA



Figure 1 : Coupe transversale de l'utérus, l'utérus vide avec 1 endomètre fin. Placenta située sur la face antérieure de l'utérus.



Figure 2: Coupe sagittale de l'utérus
 Utérus vide, difficilement visualisable en totalité, car recouverte en partie par le placenta. Ligne cavitaire visible.



Figure 3 : Coupe transversale du pôle céphalique ; coupe de BIP +CT
 Repères difficilement visualisables



Figure 4 : Coupe transversale de la CA fœtus en état de macération, avec des images cavitaires, en bulle



Figure 5 : Coupe de fémur



Figure 6 :

Fœtus de sexe féminin

c - surveillance biologique de la patiente

BILAN SANGUIN

GROUPES SANGUIN : O^{\oplus}

-deter n°1 : 27.1.16
-deter n°2 : 11.02.
-RAI : O 11.02.

SEROLOGIES :

- rubéole E - BW
- toxo O - HBs
- HIV O - autre

Dates	27.1	11.02	11.02	21.02	21.02	11/01
HB	11,3	10,9	10,4	10,8	11,2	11,3
hematocrite	36,3	35,3	32,4	35,1	34,9	36,7
GB	9	16,4	13,2	2,4	8,6	8,6
Plq	242	220	199	214	251	227
Plq TC						
CRP		21		136	136	40
TP	857.	817	757	867	847	
TCA	1,01	1,05	1,14	1,26	1,19	
FIB	4,62	3,54	3,54	6,68	1,19	
Na		133	136	139	140	118
K		3,4	3,5	3,3	3,6	3,1
Cl		102	104	105	106	111
urée		1,6	1,5	1,8	2,1	2,8
créat		2,38	3,6	3,9	3,9	1,2
Acide urique		115	111	223	229	65
Bili		23	22,4	15,20	15,20	17,00
hapto				1,32	1,41	2,10
ASAT/ALAT		515	515	1015	115	515
GGT				5	5	5
LDH		238	241	269	269	75
PV	O					
ECBU						
Créat urinR						
Prot/E						
Prot / 24h						
		CRP: 21				

VEILLANCE BILAN SANGUIN

GROUPES SANGUIN : O^{\oplus}

-deter n°1 : 27/01/2016
-deter n°2 : 11/02/2016.
-RAI : E (11/02)

SEROLOGIES :

- rubéole *neg* - BW Δ
- toxo *neg* - HBs *neg*
- HIV *neg* - autre *CAV IgA, IgG*

Dates	17/02	23/02	13/02
HB	11,7	12,1	
hematocrite	32,5	34,4	
GB	9,6	8,9	
Plq	249.000	256.000	
Plq TC			
CRP	141	144	
TP	846	887	
TCA	1,13	1,15	
FIB	5,68	5,35	
Na	137	139	
K	3,1	3,2	
Cl	103	104	
urée	1,2	2,2	
créat	3,6	3,4	
Acide urique	106	224	
Bili	13,60	17,8	
hapto	1,69	1,85	
ASAT/ALAT	1115	1115	
GGT	5	25	
LDH	236	272	
PV			
ECBU			
Créat urinR			
Prot/E			
Prot / 24h			

d- scanner abdominopelvienne :

L'équipe de la Réunion a utilisé le scanner abdomino-pelvien pour conforter le diagnostic. Il a montré :

- un épanchement intra-péritonéal libre de grande abondance ;
- un fœtus en situation extra-utérine et intra- abdominale ;
- le placenta probablement nécrosé, situé sur la face antérieure de l'utérus, au contact du dôme vésical étendu jusqu'aux gouttières pariéto-coliques de façon bilatérale dont les limites sont difficiles à apprécier.

e-L'examen anatomo-pathologique du Placenta a mis en évidence : une Chorio-amnionite

3 – Traitement

La prise en charge était chirurgicale par la réalisation d'une laparotomie médiane sus ombilicale qui a permis l'extraction d'un fœtus, de sexe féminin, mort, macéré avec chevauchement des os du crâne et détachement de la peau.

Le fœtus pesait 2800 g. le placenta était laissé en place.

Une reprise chirurgicale était intervenue à j15 post-opératoire pour péritonite sur placenta nécrosé, secondaire à une rupture de la cicatrice de césarienne antérieure

Un choc hémorragique peropératoire avait conduit à une hystérectomie d'hémostase

Sur le plan anesthésique : le choc hémorragique avec saignement estimé à 2500 ml, avait nécessité une transfusion de 3 CG, 2 PFC, 3g de fibrinogène, un remplissage par 6.5 l de cristalloïdes.

Une antibiothérapie par Tazocilline-Amiklin était administrée.

Une déglobulisation de 3 points en 24 heures a nécessité de nouveau une transfusion sanguine de 2 CG supplémentaires.

4- Evolution

Les suites opératoires étaient greffées d'une infection pariétale traitée. La sortie de l'hôpital à ST Pierre et son retour à Mayotte sont intervenus à J23 de son hospitalisation.

Mme O. était revue un mois après son retour de l'île de la Réunion, son état de santé s'est nettement amélioré, elle se porte bien, et est informée de son avenir obstétrical.

III- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

La GA est une localisation rare de la grossesse ectopique.
Sa fréquence varie selon les auteurs voir tableau 1

PAYS	FREQUENCE / Accouchements
Europe(17)	1/10000
Maroc (9)	1/11.250
Tunisie(21)	1/7 222- 11.413
Turquie (3)	1/4017
Côte d'ivoire(16)	1/2782
Sénégal (2)	1/2583
Gabon (8)	1/3750

Tableau 1 : Fréquence des grossesses abdominales selon les pays

Elle est exceptionnelle dans les pays industrialisés, mais se rencontre plus fréquemment dans les pays en voie de développement (8).

La grande variabilité d'incidence de l'affection dépend essentiellement du niveau socio-économique du pays et de la faible densité médicale (3,10,11,13,15,16).

Une prédominance raciale est signalée dans certaines publications situant l'incidence dans la race noire jusqu'à 10 à 25 fois celle de la race blanche (8,12,13,14).

Mayotte, jeune département français, dispose des infrastructures sanitaires adéquates pour une prise en charge des femmes enceintes, mais le problème reste l'effectif insuffisant en personnel qualifié pour une meilleure surveillance de la grossesse, en vue de faire un diagnostic précoce de la pathologie. La situation sanitaire précaire de notre population, et surtout leur faible niveau d'éducation contribue à cette éventualité.

Les facteurs prédisposant des GA sont ceux de la GEU : des malformations génitales, des séquelles d'infections des voies génitales, une cicatrice de césarienne, myomectomie, perforation post curetage,...et un bas milieu socio-économique lié à une insuffisance de suivi de grossesse (2,22).

Quelques observations de GA sur les procréations médicalement assistées après fécondation in vitro, Salpingectomie bilatérale, voir même après une hystérectomie ont été décrits.

La littérature montre que l'âge des patientes varie de 21 à 44 ans et la parité de zéro à trois enfants.

Elle démontre que la fréquence de la GA élevée dans les pays en développement est liée aux 2 facteurs dépendant du niveau socio-économique du pays : l'infection génitale et l'insuffisance de suivi de grossesse (8,22,24,25).

Notre étude concerne une jeune femme de 21 ans, primipare, avec antécédent de césarienne en 2014, vivant en milieu rural avec une grossesse peu suivie.

Sur le plan pathogénique :

Différentes classifications de GA ont été proposées. La plus ancienne sépare les GA primitives des GA secondaires (3). Dans la forme primitive, la moins fréquente, l'ovule peut rester en péritoine libre jusqu'aux 6 ème jours après l'ovulation, par retard de captation ovocytaire, et peut être fécondé et se nicher sur n'importe quelle structure de la cavité (21). Pour être confirmé, cette forme dont l'authenticité reste discutée doit répondre aux quatre conditions de studdiford décrites en 1942 (1,3,27,28) :

- les deux trompes et ovaires doivent être indemnes de toute lésion ;
- absence de fistule utéro-péritonéale ;
- les rapports du sac ovulaire intéressent exclusivement la surface péritonéale ;
- la grossesse doit être suffisamment jeune

La forme secondaire est la plus fréquente, elle peut provenir d'une grossesse tubaire rompue, ou d'un avortement tubo-abdominal. Elle peut être la conséquence d'une grossesse intra- utérine (GIU), secondairement abdominale à l'occasion d'une rupture de cicatrice d'hystérotomie, d'une brèche de perforation utérine ou d'une rupture d'une corne rudimentaire.

Cette classification reste plutôt théorique, vu la difficulté de préciser en peropératoire l'intégrité de la trompe ou de l'utérus, surtout si la grossesse a évolué au voisinage de terme. Elle n'a peu d'incidence clinique et thérapeutique (1,28).

Certains auteurs anglo-saxons ont proposé une nouvelle classification basée sur l'âge gestationnel ou sur la localisation de l'implantation (3).

Elle distingue la GA précoce dont l'AG est inférieure à 20 SA avec implantation trophoblastique qui s'effectue essentiellement sur l'utérus, le ligament large, le péritoine pariétal et le cul de sac de Douglas et la GA tardive après 20 SA(28).

Le diagnostic de GA jeune en premier trimestre n'est pas différent de celui d'une GEU. Il repose sur les trois critères classiques de l'ectopie :



La coéloscopie venant confirmer, poser ou redresser le diagnostic (28).

La description systématique des annexes, de l'utérus lors de l'échographie du premier trimestre par voie endo-vaginale permettrait d'éviter une grossesse ectopique asymptomatique.

Cependant, il n'est pas recommandé de réaliser une échographie complémentaire par voie vaginale si des critères d'échographie de qualité de premier trimestre sont remplis par voie abdominale (4).

En effet, le diagnostic clinique de GA est souvent difficile mais un groupe de signes permet d'orienter le diagnostic vers une GA.

Au-delà du 1^{er} trimestre, le tableau clinique est dominé par de douleurs abdomino-pelviennes, souvent permanentes, pouvant s'accompagner d'un tableau d'hémopéritoine massif, des métrorragies (3,15,29), de syndrome occlusif, des troubles digestifs à type de nausées, vomissements ,+/- constipation, syndrome toxémique (30), altération d'état général, dépassement de terme, et dystocie irréductible, fréquemment rencontrés en Afrique (10).

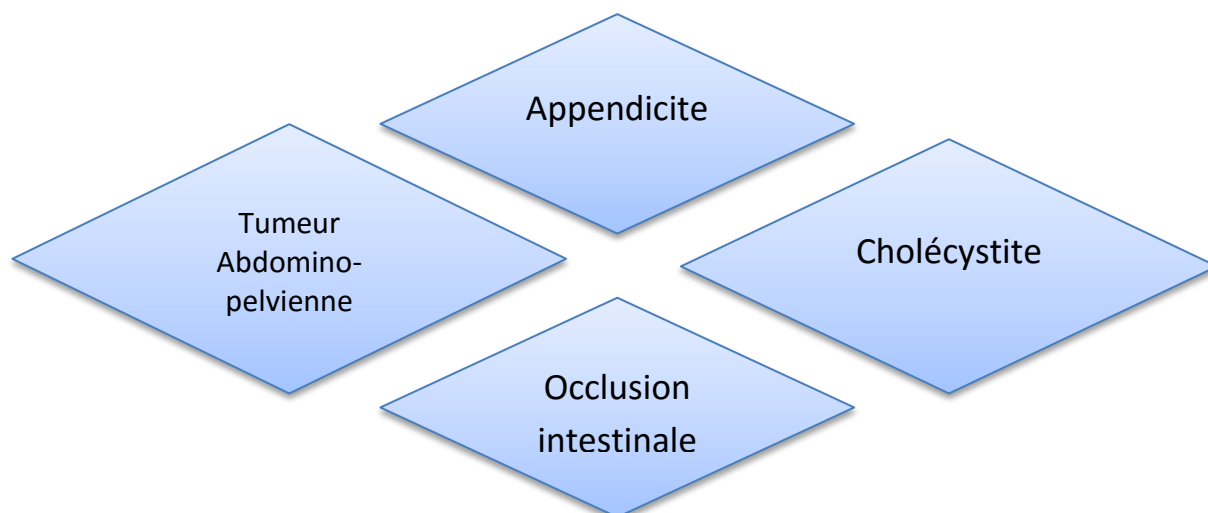
Un examen physique est caractéristique lorsqu'il montre une présentation irrégulière, la palpation confirme la position anormale du fœtus, qui est superficielle sous la peau, en position transversale haute.

Au toucher vaginal : le col utérin est fixé sous la symphyse pubienne, long et dur.

La plupart de ces signes décrits dans la littérature sont présents chez notre patiente.

Il est donc opportun d'évoquer cette affection bien qu'elle soit rare, chaque fois qu'une femme enceinte consulte pour des douleurs abdominales avec des troubles de transit (17)), donc de penser « ectopique » quelque soit le terme (4).

La latence clinique et la symptomatologie non spécifique rend le doute dans le diagnostic avec d'autres affections associées à la grossesse(1,28) :



Les examens complémentaires sont d'une aide précieuse (2,4 ,9).

L'échographie est l'élément essentiel du diagnostic, et permet de confirmer la suspicion clinique (21). Elle permet de visualiser :



- Le fœtus dans un sac gestationnel en dehors de l'utérus ;
- l'absence de la paroi utérine entre le fœtus et la vessie ;
- la localisation du placenta en dehors des limites de la cavité utérine et ses rapports avec les organes abdominaux (intérêt capital dans l'approche chirurgicale).

Ces critères échographiques décrits par certains auteurs Alibone et al(31) et Riethmuller et al (32), sont retrouvés dans notre étude.

Une imagerie par résonance magnétique (IRM) permet en plus des données échographiques (étude fœtale et utérine), de situer avec précision le siège d'insertion placentaire (3). Celui-ci détermine les risques maternels et la survie fœtale. Elle permet également de suivre l'évolution placentaire (28).

Dans notre observation, le diagnostic de la GA est fait par l'échographie au CHM, à terme. Une IRM a été demandée, mais non réalisée vu l'urgence de la situation, il est confirmé par scanner abdomino-pelvien à la Réunion.

La prise en charge thérapeutique d'une GA est toujours chirurgicale (1,2,4,5). Elle varie selon le terme et nécessite une équipe multidisciplinaire.

La découverte avant 20 SA conduit le plus souvent à la proposition d'une interruption médicale de grossesse (IMG) et déroger à cette attitude, doit rester exceptionnel (1,2,27).

Après 20 SA, un suivi rapproché, une bonne compréhension par la patiente et une hospitalisation dans une structure adaptée est nécessaire jusqu'à l'accouchement. Certains auteurs ont proposé des critères pouvant faire discuter une attitude conservatrice (33).

L'attitude qui consiste à la mise en observation en milieu chirurgical, sous surveillance maternelle et fœtale stricte (1,9).

La voie d'abord habituelle est une laparotomie. Quelques rares cas d'abord laparoscopique pour des grossesses de moins de 12 semaines avec une localisation trophoblastique accessible (2,28,34) ont été rapportés.

Dans notre observation, la laparotomie était la voie d'abord de choix, devant la situation d'une GA à terme, avec placenta laissé en place.

La principale difficulté, lors de l'extraction réside dans l'exérèse placentaire qui s'avère à haut risque hémorragique. Toute tentative d'extirpation du placenta est formellement interdite si le placenta s'insère sur un organe noble ou sur un vaisseau (10,12,15,21).

Si la délivrance est possible, elle est réalisée en per opératoire. L'attitude, la plus admise dans la littérature, est l'ablation du placenta quand c'est possible.

L'abandon du placenta « in abdomino » doit inciter à une surveillance post-opératoire plus rigoureuse à la recherche de complications rares, mais graves à type d'abcédation du placenta, d'hémorragie secondaire ou d'occlusion intestinale (17).

Cette surveillance est assurée par l'échographie Doppler, les dosages répétés des hormones placentaires (BHCG), et/ ou l'IRM (1,2,35).

L'utilisation de méthotrexate est aussi préconisée par certains auteurs pour accélérer la résorption mais serait compliquée d'infection par nécrose placentaire (4,15, 35).

Enfin, certaines techniques de radiologie interventionnelle ont été proposées dans les GA avancées pour emboliser les pédicules afférents du placenta lorsque celui-ci n'a pas été retiré en totalité (28).

Dans notre cas, le placenta était resté en place, compliqué d'une péritonite par nécrose placentaire, et de syndrome occlusif motivant une deuxième intervention, au- décours de laquelle, la patiente a présenté un choc hémorragique qui a nécessité une hystérectomie d'hémostase.

Le pronostic fœtal est réservé avec une mortalité élevée, d'environ 75 % à 95 % (10,15 ,21,22). Parmi les fœtus nés vivants, 50 % décèdent dans les 24 heures qui suivent la naissance, souvent dans un tableau d'insuffisance respiratoire.

Les causes de décès sont liées à l'hypotrophie fœtale, l'oligoamnios et aux malformations.

En effet, l'oligoamnios fréquent dans les GA peut induire la détresse respiratoire.

Ces facteurs associés à la mauvaise vascularisation du placenta connue dans le GA, pourraient expliquer la fragilité de ces fœtus.

La mortalité maternelle varie de 0 à 18% due essentiellement aux complications infectieuses et hémorragiques (10,15).

Le pronostic maternel dépend de la précocité du diagnostic, et de l'attitude prise par rapport au placenta (22).

Le pronostic de la patiente a été favorable sur le plan vital, mais avec une morbidité très importante marquée par une hystérectomie d'hémostase qui a compromis définitivement son avenir obstétrical.

IV-CONCLUSION

La GA est une variété rare de la grossesse ectopique dont l'évolution jusqu'au 3^{ème} trimestre est possible, malgré des complications hémorragiques et digestives.

C'est une pathologie encore rencontrée dans les pays en voie de développement où la médicalisation est insuffisante.

Le polymorphisme clinique rend le diagnostic difficile.

L'échographie dans le diagnostic de cette affection est quasi incontournable, quand elle montre un utérus vide et un fœtus au niveau de la cavité abdominale.

La formation du personnel médical qualifié à la pratique de l'échographie obstétricale, et sa systématisation au cours de la grossesse pourraient améliorer le diagnostic et le pronostic.

Le pronostic fœtal reste réservé dans tous les cas, mais celui de la mère peut être amélioré par la précocité du diagnostic et la prise en charge adéquate.

V-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1- SFAR E., KAABAR H., MARRARKECH O. et al.

La grossesse abdominale, entité anatomo-clinique rare.

A propos de 4 cas (1981-1990).

Rev Fr Gynécol Obstét 1993 ; 88 :261-5.

2- M. Guèye, M.L. Cissé, S.M.K. Guèye H. Diaw et J.C Moreau

Difficultés du diagnostic et de prise en charge de la grossesse abdominale : à propos de deux cas diagnostiqués à terme au Centre Hospitalier Régional de Diourbel du Sénégal.

clinics in Mother and child health. 2012; 9(1)

3- M. Mahi, H. Boumdin, S. Chaouir, T. salaheddine, D. Attioui, T. Amil et al,

un nouveau cas de grossesse abdominale,

J. Radiol, 83 (2002), 989-992

4-E. Faller, E.Kauffman, S. chevrière, M. Helsert et al,

Grossesse abdominale menée à terme

Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la Reproduction.

2006 nov ; 35 (7) : 732-5

5-I. Bwana Kangulu , E. Kilolo Ngoy Umba, D. Kalonji Cibubua, C. Mwanbe Ilunga et al.

A propos d'un cas de grossesse abdominale très prolongée

Plan Afr Med J.2013, 16 : 26

6-P. Correa, L. Atayi, L. cave, L. Lauroy, P. Bourgeois

Quelques aspects particuliers de la grossesse abdominale.

A propos de 18 cas relevés en milieu africain à Dakar.

Bull Fed gyneco Obstet. 1965 ; 17 : 872-874

7-P.Correa, F Diadhiou, Lauroy J, M.D.Bah, A.dieb, S.Guindo.

Evolution exceptionnelle de la grossesse abdominale.

J. Gynéco obstet Biol Reprod.1979 ; 8(3) : 235-241

**8-A. Picaud, R. Ella EDOGHA, F. OzouakiA, R.NLOMENZE,
A. Faye, N.OGOWET-IGUMU, T. ENGONGHA**

Grossesse abdominale. A propos de 11 cas.
Médecine d'Afrique Noire : 1990, 37(9)

9- A. SETOUANI, A.SNAIBI, Y Boutaleb.

La grossesse abdominale. A propos de 7 cas colligés de 1978 à 1986.
J Gynécol Obstet Biol Reprod 1986 ; 18 : 177-80

10-ILoki LH, Koubaka R, Nkihouabonga –Guinot, EkoundzolaJR, Itoua-Ngaporo

Grossesse abdominale 9 cas colligés en 4ans (1991/1995) au CHU de Brazzaville
(congo).
Rev Fr Gynécol Obstet 1999 ; 94 : 40-3

11-Cristalli B., Guichaoua, Heid M., IZARD V., LEVARDON M.

Grossesse ectopique abdominale. Limites au traitement coelioscopique.
J.Gynécol Obstet Biol Reprod 1992 ;21 :751-3

12- Hamdan M., Rousseau G, Wagner J.

Grossesse abdominale. Un cas autochtone avec enfant à terme, vivant et normal.
Jchir 1991 ; 128 : 544-7

13 - Duchamp M., Mezin R.

Association grossesse abdominale- Grossesse intra utérine au troisième trimestre.
A propos d'un cas et revue de la littérature .
J Gynécol Obstet Reprod 1994 ; 23 : 440-3

14-Benvold E., Raab N.

Abdominal Pregnancy: A case report and a brief review of the literature.
Act Obstet Gynecol scand 1983; 62: 377-9

15-Diouf A, Diouf F, Cissé CT, Diaho D, Gaye A, Diadhiou F.

la grossesse abdominale à terme avec un enfant vivant. A propos de 2 observations.
J Gynecol Obst Biol Reprod ; 1996 ; 25(2) 212-215

16- Tanoh L, Ball, Djanhan Y, Ayandho Y et al .

A propos de 11 cas de grossesse abdominale colligés en 4 ans. Compte rendu de la société de Gynécologie-obstétrique de Côte d'Ivoire.
J gynécol Obstet Biol Reprod. 1988 ; 17 : 934

17- Cetin MT, Aridogan N, Coskun A.

La grossesse abdominale. A propos de six cas personnels.
Rev FR Gynecol Obstet 1992, 87 : 76-8

18- BEECAHM W. Herniguist W, BEEHAM D, WEBSTER H.

Abdominal Pregnancy at charity Hospital in New Orleans
Am J. Obstet Gynécol. 1962, 84, 1257-1270

19-Forster W .H., Moore D.T

Abdominal pregnancy. Report of 12 cases
Obstet.Gynécol. 1967,30, 249-252

20-Renaud R., Voury-Heyler C., LEISSNER P., CHESNET Y., SANGARET M., SERRES J.J, BONDURAND A.

Les grossesses abdominales après le 6^{ème} mois.
Revue de la littérature. A propos de 8 cas
Gynecol Obstet.1969 , 68, 297-318

21-Bouaziz N, Zhioua F, Chaker A, Mouelhic, Ferchiou M, Meriah S

Un nouveau cas de grossesse abdominale avec un enfant vivant et non malformé.
Tunisie médicale 1997 ; 75 : 143-5

22-H-Z Rabarrijaona, J.P. Rarakotovao, M.J.M. Rakotorahalaly, and J.M., Randriamlarana.

La grossesse abdominale, Med Afr Noire, 47 (2000), 460-463.

23-Vignali M., Busacca M., Brignate C, Doldin., Spagnolo D., Belloni C.,

Abdominal Pregnancy as a result of gamete intra fallopian transfer and subsequent treatment with methotrexate : a case report, 3 fertil 1990 ; 33 : 438-47.

24-Randrianantoanina F. Rakotosalama D Rainibarijaona L., Rakotomalala J.P et al

La grossesse abdominale : A propos d'1 cas observé à Madagascar.

Med Trop (Mars) 2006 oct 6(5) :485-7

25-Mboloko E, Lokombe B, Nkidia DJR, Barhayiga B, et al.

Diagnostic et prise en charge d'une grossesse abdominale .A propos de 6 Observations suivies dans deux centres hospitaliers de Kinshasa (RDC).
Louvain Méd. 2003 ; 122 : 14-19

26-Marhic C., Beril L. Gunther M., Anglade J.P

Grossesse abdominale. Diagnostic par échographie.
Gynécologie, 1983, 34,(1), 57-58

27-R.Beddock, R.Naepels, C.Gondry, P. Besserve, B. Camier, J. Boulanger, et al

Diagnostic et concepts actuels de prise en charge de la grossesse abdominale avancée.
Gynecol Obst Fertil, 32(2004), 55-6

28-Hainant F., Majenga JM , Crimail PH.

Grossesse abdominale tardive. A propos d'un cas.
Rev. Fr gynécol Obstet 1991 ; 86 : 522-8

29-Poizat R. Lewin F.

Grossesse extra-utérine après le 5^{ème} mois.
Encycl Méd chir Paris, Obstétrique 1982 ; 5069

30-W.Ombelet, J. Vandermerwe, and F. Van Assche,

Advanced extra uterine pregnancy : description of 38 cases with literature survey,
obs Gynec Surv, 43 (1998), 386-39

31-Allibone GW., Fagan CJ, Porter SC.,

The sonographic features of intra- abdominal pregnancy.
J clin ultra sound 1981; 9: 383-7

32-Riethmuller 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): 5101-6

33-Martin Jr JN, Mc Caul IV JF

Emergent management of abdominal pregnancy.
Clin obstet Gynécol 1990; 33: 438-47

34-Ferhand RJ, Chadwick DA, O Brien JA, Granai CO.

An ectopic pregnancy in the upper retro-peritoneum following in vitro fertilization and embryo transfer.

Obstet Gynécol 1991; 78: 544-6

35-Bajo JM, Garcia-Frutos A, Huertas A.

Sonographic follow up of placenta left in site after delivery of the foetus in abdominal pregnancy. Ultrasound Obstet Gynécol 1996; 7: 285-8

36-R.Spanta, L. Roffman, T. Grissom, J. Newland and B. Mc Manus

Abdominal pregnancy : magnetic resonance identification with ultra sonographic follow up of placenta involution

Am J Obstet Gynecol, 157 (1987); 887-889

37-Mengistu Z, Getachew A, Adefris M.

Term abdominal pregnancy : a case report.

J Med case Rep. 2015 jul 28; 9(1):168

38-Lee C.

Abdominal pregnancy in a low resource setting.

Obstet Gynécol.2015 May 125(5): 1039-41

39-Fouelifack Fy, Fouogue JT, Fouedjio JH, SANDO Z.

Viable abdominal pregnancy: a case report in Yaoundé (Cameroon)

PAN Afr Med J.2014 Jun 25 , 18: 181.

40-Motovelos D, Ng. Walied N.

Hémopéritoneum in advanced abdominal pregnancy with a live baby : a case report .

BMC RES Notes. 2014 Feb 25, 7:106

