



FAIT CLINIQUE / CASE REPORT

Révélation à l'imagerie d'une grossesse ectopique dégénérée en lithopédion à Conakry.

Revelation on imaging of an ectopic pregnancy degenerated into lithopedion in Conakry.

CAMARA Mamoudou^{1,4}, KONE Abdoulaye Chomba², BAH Kadiatou¹, DIALLO Mamadou⁴, Sacko Aminata⁴, Bah Ousmane Aminata^{3,4}, Baldé Thierno Amidou⁴, BALDE Alpha Abdoulaye⁴

1 : Service d'Imagerie médicale du CIMED, Conakry, Guinée.

2 : Service d'Imagerie médicale, CHU Point G (Bamako, Mali), Clinique Pasteur.

3 : Centre d'Imagerie de Référence des Armées (CIRA) de Conakry,

4 : Faculté de médecine de l'université Gamal Abdel Nasser de Conakry

Mots-clés :

Masse extra-utérine, liquido-osseuse, imagerie, Conakry.

Keywords :

Ectopic mass, liquid-osseous mass, imaging, Conakry.

*Auteur correspondant

CAMARA Mamoudou.

Service d'Imagerie médicale du CIMED, Conakry, Guinée.

Faculté de médecine de l'université Gamal Abdel Nasser de Conakry

camaramamoudou97@gmail.com

Reçu le : 26/7/2023

Accepté le : 11/11/2023

RÉSUMÉ

Le but de cette étude était de décrire les aspects d'un lithopédion proprement dit et de rapporter les difficultés diagnostiques.

Observation

Nous rapportons un cas de grossesse ectopique dégénérée de 17 mois chez une patiente âgée de 38 ans, ménagère résidant à 310 Km (6 h 56mn) de Conakry, mariée et mère de deux enfant tous vivants dont le dernier accouchement remonte à 6 ans. Elle n'a jamais été opérée, aucune contraception observée depuis la naissance et ayant un cycle régulier. Elle consulte au service de Radiologie pour fièvre intermittente, amaigrissement, douleur et ballonnement abdominal. Le diagnostic a été fait à l'imagerie (l'échographie, la radiographie de l'abdomen sans préparation et le scanner abdomino-pelvien) qui a permis de mettre en évidence un utérus vide et homogène, une volumineuse masse liquido-osseuse de topographie abdomino-pelvienne sus vésicale, bien encapsulée contenant une image recroquevillée de squelette fœtal (où il ne restait que les os du crâne, les os longs et surtout le rachis cervico-dorso-lombaire), une lame d'ascite dans le Douglas et une thrombose occlusive à 60% de la veine iliaque externe droite.

La confirmation du diagnostic a été faite en post opératoire avec extirpation du fœtus momifié et 200 ml de pus. La cicatrisation de la plaie opératoire a été de première intention avec la guérison de la patiente 20jours après l'opération. Le contrôle clinique et échographique à 3mois était sans particularité.

Conclusion : Ce cas que nous venons de présenter est particulier par l'âge de la patiente, l'âge de la momie et par la survie de la patiente. A notre avis les conditions socio-économiques faibles constituent un facteur de risque indiscutable en ce qui concerne l'évolution d'une grossesse ectopique en lithopédion. Il serait nécessaire de rapprocher les structures sanitaires des populations, de sensibiliser les femmes en âge de procréer sur la nécessité de consulter à l'hôpital et de faire les échographies de qualité pendant les grossesses.

ABSTRACT

The aim of this study was to describe the aspects of a lithopedion itself and to report the diagnostic difficulties.

Observation

We report a case of degenerated ectopic pregnancy lasting 17 months in a 38-year-old patient, a housewife residing 310 km (6 hours 56 minutes) from Conakry, married and mother of two living children whose last birth was 6 years ago. She has never had surgery, no contraception observed since birth and having a regular cycle. She consulted the Radiology department for intermittent fever, weight loss, pain and abdominal distension. The diagnosis was made by imaging (ultrasound, unprepared abdominal X-ray and abdominal-pelvic scanner) which revealed an empty and homogeneous uterus, a voluminous liquid-osseous mass of topography abdomino-pelvic supravescical, well encapsulated containing a curled up image of the fetal skeleton (where only the bones of the skull, the long bones and especially the cervico-dorso-lumbar spine remained), an ascites plate in the Douglas and a 60% occlusive thrombosis of the right external iliac vein. Confirmation of the diagnosis was made postoperatively with extirpation of the mummified fetus and 200ml of pus. Healing of the surgical wound was first intention with the patient recovering 20 days after the operation. The clinical and ultrasound control at 3 months was unremarkable.

Conclusion : This case that we have just presented is special due to the age of the patient, the age of the mummy and the survival of the patient. In our opinion, low socio-economic conditions constitute an indisputable risk factor regarding the development of an ectopic pregnancy in lithopedion. It would be necessary to bring health structures closer to the populations, to raise awareness among women of childbearing age about the need to consult the hospital and to have quality ultrasound scans during pregnancies.

1. Introduction

Le lithopédion est une forme rare de grossesse ectopique dont le premier cas a été rapporté dans la littérature par un chirurgien du nom d'Albucasis au Xème siècle [1]. L'incidence des grossesses abdominales est de 1/11 000 grossesses [2]. On la rencontre surtout dans les pays en voie de développement, cela serait dû au fort taux d'infections génito-pelviennes dans ces pays. Moins de 300 cas ont été rapportés sur 40 ans de littérature [3]. Les facteurs de risques de la GEU sont les antécédents de GEU ou de chirurgie tubaire, les infections génitales hautes dues aux maladies sexuellement transmissibles, en particulier les infections à Chlamydiae Trachomatis. Le type de contraceptif jouerait aussi un rôle dans l'apparition d'une GEU notamment les contraceptifs de type DIU au lévonorgestrel ou les microprogestatifs. La consommation de tabac et l'âge supérieur à 35 ans seraient également des facteurs de risques [4]. En effet, les grossesses abdominales sont souvent associées à un taux de morbidité et de mortalité maternelle élevés. La morbidité maternelle est liée aux saignements, une infection, une anémie, la coagulation intravasculaire disséminée, l'embolie pulmonaire et la possibilité d'une fistule amniodigestive suite à une perforation par un os fœtal [5]. Sa découverte est souvent fortuite lors d'un examen radiologique, d'une intervention chirurgicale pratiquée pour d'autres indications [3].

L'échographie reste l'examen de référence pour diagnostiquer les grossesses abdominales. Cependant, le diagnostic échographique des grossesses abdominales avancées est difficile et il est manqué dans la moitié des cas [5,6]. Les lithopédions sont souvent découverts suite à un examen radiographique de type ASP (Figure 3) [7]. Cet examen est souvent réalisé en première intention avant le scanner. Bien que l'ASP soit suffisant pour poser ou confirmer le diagnostic, il est souvent difficile de déterminer avec précision le type de lithopédion dont il s'agit [8]. L'examen radiographique est souvent complété par d'autres examens d'imageries tels que le scanner abdomino-pelvien. La réalisation du scanner, permet une meilleure analyse anatomique de la masse [9]. En effet, les détails anatomiques de la masse sont souvent bien visibles notamment, le crâne, la colonne vertébrale, la cage thoracique et les os longs tels que le fémur (Figure 5). Cela permet parfois de réaliser une mesure de la longueur fémorale afin d'estimer l'âge du fœtus [10]. La réalisation d'un scanner présente un intérêt lorsqu'un bilan pré opératoire est effectué [2]. Il permet de définir avec précision la localisation du lithopédion en extra utérin et ses rapports avec les organes voisins [2]. La prise en charge est chirurgicale. Nous rapportons un cas de grossesse ectopique âgée de 17 mois chez une femme de 38 ans, diagnostiquée à l'échographie complétée par l'ASP et le scanner et confirmé en post

opératoire. Les objectifs de cette étude étaient de décrire les aspects radiologiques d'un lithopédion proprement dit à Conakry et de rapporter les difficultés diagnostiques.

2. Observation

Il s'agissait d'une patiente âgée de 38 ans, mariée, résidant à 310 Km (6 h 56mn) de Conakry. Elle était ménagère avec deux enfants vivants (1 garçon et une fille) dont le dernier accouchement remonte à 6 ans. Aucun antécédent de chirurgie connu et aucune contraception observée. Elle a consulté au service de Radiologie pour fièvre intermittente, amaigrissement, douleur et ballonnement abdominal.

L'histoire de la maladie remonte à 17 mois marqué par un retard des règles d'un mois, six ans après son dernier accouchement. A cause de ses signes, elle a pensé à un début de grossesse et sans consultation médicale, elle consomme des médicaments à base de feuilles des arbustes sauvages dont elle ignore les noms. Un mois après les premières médications et à cause de la survenue des douleurs abdominales intermittentes et des vomissements périodiques, elle alla consulter une pharmacie par terre de la place qui va lui servir de l'amoxicilline 500mg (1gélule x 3/J), le paracétamol 500mg (1comprimé x3/J) et la Quinine 300mg, 10 comprimés (1comprimé x2/ J). Ces médicaments vont l'apporter de l'accalmie jusqu'à 17 mois à peu près. Ensuite, survient l'arrêt des mouvements du ventre qui existaient auparavant. A cause de ce signe, elle consulte le 15 Mars 2022 au service de Gynéco-obstétrique du centre médical de Ratoma.

A l'examen clinique, c'était une femme avec un état général altéré, en sous poids (IMC égal à 17). Ses conjonctives et ses téguments étaient pâles. La tension artérielle était faible à 10/6 CmHg, elle faisait de la fièvre (la température égale à 38°C). On a noté un œdème des membres inférieurs sans prise de godet.

L'abdomen était ballonné ; sensible dans son ensemble avec défense abdominale diffuse. La palpation mettait en évidence une masse dure, fixe s'étendant de l'épigastre à la région sous ombilicale. Le toucher vaginal met en évidence un col utérin ferme, indolore et avec quelques leucorrhées fétides.

Au terme de l'examen physique, certains examens complémentaires ont été demandé tels que les bilans biologiques et l'échographie abdomino-pelvienne.

A la biologie : La NFS a mis en évidence une diminution du taux d'hémoglobine (HGB) =7,4g/l, une augmentation du taux de globule blanc (GB)= 20000/ μ l. Le taux de plaquettes était élevé à 635000/ mm^3 , la protéine C- réactive (CRP) était à 80mg/l. Le test de grossesse (β HCG) réalisé 10 mois après le début de la maladie était négatif. L'ECBSV+ATB a mis en évidence : macroscopiquement, une sécrétion abondante, de couleur blanc-jaunâtre PH=5 KOH à 10% (-). La cytologie montre un amas leucocytaire, nombreuses cellules vaginales sans parasite visible. A la coloration de gram, on note des diplocoques G (-) intra et extra cellulaires. A l'identification, le Neisseria gonorrhoea a été mis en évidence et les germes étaient sensibles aux antibiotiques de la classe des quinolones. Les tests hépatiques étaient négatifs.

A l'imagerie : l'échographie abdomino-pelvienne a été faite en première intention et a permis de mettre en évidence un aspect normal de l'utérus et de ses annexes ; un processus expansif ovalaire, calcifié sus vésical mesurant 120mm de hauteur. Il s'y associait une lame d'ascite dans le Douglas, une thrombose occlusive à 60% de la veine iliaque externe. A cause de l'excès de gaz digestif, de cône d'ombre et le manque de précision, nous avons fait un ASP et un scanner abdomino-pelvien sans injection. A L'ASP (**figure 1**), on notait une masse de forme ovoïde, fait d'ossement fœtal avec le crâne et les os du rachis cervico-dorsal visibles.



Figure 1 : la radiographie montre une masse calcifiée hétérogène de forme ovoïde d'ossement fœtal avec le crâne et les os du rachis cervico-dorsal visibles.

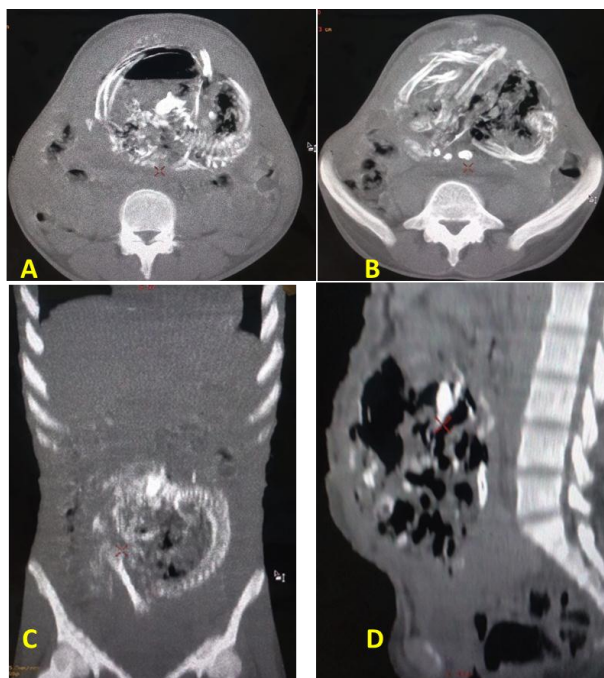


Figure 2 : TDM en coupe axiale (A, B), en reconstruction sagittale (C) et coronale (D) en fenêtre parenchymateuse sans injection de produit de contraste montrant un fœtus abdominal.



Figure 3 : TDM en Reconstruction volumique (E et F) montrant l'aspect tuméfié de l'abdomen avec squelette fœtal recroquevillé en son sein.

Le scanner abdominal sans injection (**figures 2, 3**) a mis en évidence une volumineuse masse abdomino-pelvienne liquido-osseuse bien encapsulée contenant une image de squelette fœtal (où il ne restait que les os du crâne, les os longs, cours et surtout le rachis cervico-dorso-lombaire). Au sein

de ces calcifications, il existait des plages hypodenses.

Le diagnostic de grossesse extra-utérine momifiée a été retenu.

La confirmation du diagnostic a été faite en post opératoire avec extirpation du fœtus momifié et drainage de 200ml de pus (figure 5). Le traitement médical pré, per et post opératoire a consisté à la transfusion de cinq poches de sang iso groupe et iso Rhésus, à la perfusion du sérum salé 0,9% (6fl), le Ringer lactate (6fl), à l'injection intraveineuse du ceftriaxone 1g (8fl) et du Lovenox 4000UI pendant 6 jours.

Le traitement médical pré, per et post opératoire a consisté à la transfusion de cinq poches de sang iso groupe et iso Rhésus, à la perfusion du sérum salé 0,9% (6fl), le Ringer lactate (6fl), à l'injection intraveineuse du ceftriaxone 1g (8fl) et du Lovenox 4000UI pendant 4jours. Après ce traitement médical, la patiente a été référée au service de Gynéco-obstétrique du CHU Ignace Deen. Le 26/04/022, la patiente a été opérée selon le protocole suivant : Laparotomie pour grossesse extra-utérine abdominale (mort fœtale putréfiée). La patiente en décubitus dorsal, sondage vésical, nettoyage du champ opératoire à la bétadine dermique 10% en deux temps puis champage. Sous anesthésie générale, intubation oro-trachéale, incision médiane sus et sous ombilicale, à la coeliotomie nous découvrons du pus dans la cavité abdominale que nous avons aspiré environ 200ml. L'exploration de la cavité abdominale met en évidence un fœtus mort en putréfaction dans une poche. Nous procédons à l'extirpation du fœtus, la toilette de la cavité abdominale et mise en place d'un drain pariétal. Nous refermons la paroi abdominale plan par plan puis pansement protecteur. Enfin, nous faisons la toilette vulvo-vaginale.

Le traitement médical per opératoire était à base du Ringer lactate 500ml 1fl, Sérum salé 0,9% 1fl et ceftriaxone 1G 2fl.

Le traitement médical post-opératoire était à base du Sérum salé 0,9% 3fl, la transfusion sanguine 2poches, le ceftriaxone 1G 6fl, le Ciprofloxacine 500mg, 20comprimés (1cpx2) et le Doxycycline 200mg 1Comprimé/ jour.

Les suites opératoires étaient bonnes avec la cicatrisation opératoire de première intention deux semaines après l'opération avec la sortie de la

patiente au vingtaine jour de l'hospitalisation après stabilisation des paramètres.

Le contrôle clinique et échographique à 3mois post opératoire était sans particularité avec beaucoup de conseils donnés par rapport aux prochaines grossesses et le suivi qui devrait être fait.

3. Discussion

Le lithopédion est une forme rare de grossesse ectopique dont le premier cas a été rapporté dans la littérature par un chirurgien du nom d'Albucasis au Xème siècle [1]. Cette pathologie est la résultante de plusieurs facteurs dont les principaux sont : l'implantation ectopique de la grossesse, le non diagnostic de cette grossesse qui va évoluée jusqu'à l'âge environ de trois à six mois, le décès fœtal puis sa calcification [3]. Selon que la calcification intéresse uniquement le fœtus ou les annexes de l'œuf ou les deux, on distingue le lithopédion proprement dit (calcification du fœtus mais pas les annexes), lithokeliphos (les membranes forment une coque calcique alors que le fœtus n'est quasiment pas calcifié) et le lithokeliphopédion (fœtus et annexes sont calcifiés) [11]. Dans notre cas, il s'agissait d'une grossesse ectopique ayant évoluée vers un lithopédion proprement dit dont le fœtus était calcifié et les annexes réduites en pus et le tout enveloppé dans une enveloppe non rompue. Dans la littérature, deux tiers des patientes avaient un âge supérieur à quarante ans [3]. Notre patiente avait trente-huit ans ce qui est contraire à la plupart des cas étudiés. Selon ces auteurs [3], la pathologie évolue généralement entre quatre à soixante ans. Dans notre cas, le lithopédion proprement dit évoluait environ 17 mois. Un fait important dans notre cas est que la patiente rapporte la notion d'une aménorrhée secondaire de 10 mois associés aux signes sympathiques de la grossesse et ceci 6 ans après la dernière grossesse normale bien qu'aucun test n'ait été effectué. Le bas niveau socioéconomique et intellectuel, la distanciation des structures sanitaires dans beaucoup de district et le manque de personnel qualifié engendre souvent un retard de la première consultation prénatale voire même l'absence totale d'un suivi [12]. Ces faits ont pour conséquence le non diagnostic de cette grossesse ectopique et son évolution vers le lithopédion. Ces constatations corroborent avec notre cas. Quant au tableau clinique, il est souvent pauvre voire inexistant [1]. Dans notre cas, la

patiente a consulté devant des douleurs abdominales, l'amaigrissement et le ballonnement abdominal. Il semble que la découverte de lithopédion soit plus fréquente dans les régions sous développées par rapport aux pays industrialisés. Cependant, cela est à mettre en regard avec la qualité du suivi médical, de l'incidence des maladies inflammatoires pelviennes et autres causes qui seraient pré-disposantes [13]. Cependant, même dans le cas où la patiente peut avoir accès à un centre médical, certaines ne disposent pas de suffisamment de ressources pour payer un médecin [12]. Dans les pays développés, le diagnostic des grossesses ectopiques est facilité pour trois raisons : les patientes ont un suivi par un professionnel de santé qui débute tôt dans la grossesse, les tests de grossesses utilisés sont sensibles et peuvent être utilisés pour un diagnostic précoce [14]. Pour le diagnostic de cette pathologie, la radiologie est d'un grand apport si elle est réalisée par un personnel qualifié. L'échographie reste l'examen de référence pour diagnostiquer les grossesses abdominales au tout début. Cependant, le diagnostic échographique des grossesses abdominales avancées est difficile et il est manqué dans la moitié des cas [5,6]. Dans notre cas, l'échographie a mis en évidence une masse supra vésicale calcifiée aux contours flous, un utérus vide, une lame d'ascite dans le Douglas et une thrombose de la veine iliaque externe droite. Le scanner et surtout l'IRM permettent de faire le diagnostic [3]. Quant au scanner, il a permis de confirmer la présence de la masse liquido-osseuse ovalaire, de topographie abdomino-pelvienne sus vésicale, bien encapsulée contenant une image recroquevillée de squelette fœtal La radiographie de l'abdomen sans préparation a permis de montrer une masse ovoïde, calcifiée hétérogène à type d'ossement fœtal avec les os du crâne et les os du rachis cervico-dorsal visibles dans l'abdomen en avant du rachis. La prise en charge du lithopédion reste non codifiée. En effet, si certains auteurs préconisent un traitement chirurgical, d'autres l'expectatif [2]. La chirurgie est décrite comme étant facilement et rapidement praticable avec peu de pertes sanguines de l'ordre de 600 mL [15]. Dans notre cas, étant donné l'âge de la patiente, l'accessibilité de la masse et les conditions locales qui semblaient favorables, nous avons décidé de pratiquer un geste chirurgical par la laparotomie sus et sous ombilicale. Les suites opératoires sont

souvent décrites comme étant simples pour les patientes avec une sortie dans les sept jours suivant l'intervention sauf en cas de complication associée, telle qu'une obstruction intestinale en post opératoire [16]. Dans notre cas, les suites opératoires étaient bonnes avec la cicatrisation opératoire de première intention deux semaines après l'opération. Le contrôle clinique et échographique à 3 mois post opératoires était sans particularité.

4. Conclusion

Ce cas que nous venons de présenter est particulier par l'âge de la patiente, l'âge de la grossesse et la survie de la patiente. Il ressort de cette étude que l'échographie reste l'examen de référence pour diagnostiquer les grossesses abdominales au tout début. Cependant, le diagnostic échographique des grossesses abdominales avancées est difficile. Cependant le scanner et surtout l'IRM permettent de faire le diagnostic dans les formes avancées.

Conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

5. Références

1. Lachman N, Satyapal KS, Kalideen JM, Moodley TR. lithopedion: a case report. *Clin Anat.* 2001 ; 14(1) : 52- 4. PubMed | Google Scholar
2. Kim MS, Park S, Lee TS. Old Abdominal pregnancy presenting as an ovarian neoplasm. *J Korean Med Sci.* 2002 ; 17 : 274- 5. PubMed | Google Scholar
3. Spiritos MN, Eisenkop SM, Mishel DR. Lithokelyphos : a case report and literature review. *J Reprod Med.* 1987 ; 32 : 43- 6. PubMed | Google Scholar
4. Harvey T. CNGOF : La grossesse extra-utérine. Traitement médical : techniques, avantages et inconvénients [En ligne]. 2010. Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2010_GM_047_harvey.pdf [consulté le 19 mars 2017].
5. Riethmuller D, Courtois L, Maillet R, et al. Prise en charge de la grossesse extra-utérine : les autres ectopies (cervicales et abdominales). *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2003 Nov; 32 (7 Suppl): S101-8.
6. Massinde AN, Rumanyika R, Im HB. Coexistent lithopedion and live abdominal ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2009 ; 114 (2 Pt 2) :458-60.
7. Bensalah J, Forgues M, Chauvet E, et al. Calcifications pelviennes. *Feuill Radiol.* 2011 ; 51 (6) :357.
8. Guan Lye L. Lithopaedion in a centenarian. *The Lancet.* 1936 ; 227 (5883) :1238-9.
9. Newman GE, Warner MA, Heaston DK. Diagnosis of lithokelyphos by computed tomography. *J Comput Assist Tomogr.* 1983 ; 7 (1) :166-8.
10. Ramos-Andrade D, Ruivo C, Portilha MA, et al. An unusual cause of intra-abdominal calcification: A lithopedion. *Eur J Radiol Open.* 2014 Oct; 1: 60-3
11. Hemley SD, Schwinger A. Lithopedion : case report and survey. *Radiology.* 1951 ; 58 : 235-8. PubMed | Google Scholar
12. Medhi R, Nath B, Mallick MP. Lithopedion diagnosed during infertility workup: a case report. *Springer Plus.* 2014 Mars; 3(1) :151. <https://doi.org/10.1186/2193-1801-3-151>
13. Irick MB, Kitsos CN, O'Leary JA. Therapeutic aspects in the management of a lithopedion. *Am Surg.* 1970 Apr; 36 (4) :232- 4.
14. Shah-hosseini R, Evrard JR. Lithopedion. A case report. *J Reprod Med.* 1987 ; 32 (2) :131-3.
15. Spiritos NM, Eisenkop SM, Mishell DR. Lithokelyphos. A case report and literature review. *J Reprod Med.* 1987 ; 32 (1) :43-6.
16. Kim MS, Park S, Lee TS. Old abdominal pregnancy presenting as an ovarian neoplasm. *J Korean Med Sci.* 2002 ; 17 (2) :274-5.