



Un hôte inattendu

● M. Couvreur, E.C. Delabrousse, X. Lucas, S. Brunelle, O. Saguet, B. Kastler*



HISTOIRE CLINIQUE

Une patiente âgée de 46 ans, 11^e geste et 10^e pare, est transférée au sein de notre CHU en raison de la persistance d'un taux de bêta HCG élevé, continuant à s'accroître malgré la réalisation d'un curetage utérin 5 jours auparavant. En effet, un tableau initial associant retard de règles, douleurs abdominales, polypnée, pâleur et tachycardie a fait réaliser une laparotomie médiane, ces symptômes évoquant à juste titre une grossesse extra-utérine, confirmée par un taux élevé des bêta hCG. Pourtant, malgré la présence d'un hémopéritoine constitué de sang noirâtre, la cavité utérine était vide et l'inspection de la cavité péritonéale ne révélait aucune trace de grossesse ectopique. Devant l'existence d'un saignement provenant des trompes, une salpingectomie bilatérale a complété le curetage aspiratif de la cavité utérine.

IMAGERIE

L'échographie abdominale met en évidence un œuf reconnu immédiatement au passage de la sonde. Celui-ci est situé à la partie inférieure du lobe droit du foie. Un fœtus vivant est identifié de façon formelle, sa longueur cranio-caudale mesure 54 mm soit une grossesse voisine de 12 semaines d'aménorrhée (*figure 1*). Le doppler couleur montre un recrutement important des vaisseaux hépatiques autour de la couronne trophoblastique. On peut également enregistrer une activité cardiaque fœtale. Une exploration tomodynamométrique (TDM) de complément est pratiquée par l'intermédiaire de coupes axiales après injection intraveineuse de produit de contraste iodé. On retrouve au sein des segments 6 et 7 une masse hétérogène à centre liquidien, de contours vascularisés contenant le fœtus (*figures 2, 3*). La veine cave inférieure ainsi que la branche portale droite sont laminées mais restent perméables. Aucune autre anomalie n'est notée par ailleurs. L'examen de la pièce opératoire (*figure 4*) confirme l'existence d'une grossesse intrahépatique.

DISCUSSION

La grossesse intrahépatique est une forme exceptionnelle de grossesse abdominale, représentant elle-même seulement 1 % de l'ensemble des grossesses ectopiques (1-5). Seuls 16 cas ont été répertoriés dans la littérature ces 40 dernières années dont 3 avec embryon vivant. Il s'agit le plus souvent d'une migration au sein de la cavité péritonéale d'une grossesse primitivement tubaire qui se réimplante secondairement, et ce, sur les ovaires principalement (2, 3, 5, 6). Cependant, les espaces de drainage au sein de la cavité péritonéale semblent pouvoir expliquer des sites d'implantation aussi étonnants que la rate (7-9), la face inférieure du diaphragme (10), le côlon transverse (1) ou le grand épiploon (1, 11). En ce qui concerne la localisation hépatique, dans la quasi-totalité des cas ainsi que dans notre observation, le site de nidation retrouvé est la face inférieure du lobe hépatique droit au contact de la vésicule biliaire. Cela s'explique par la probable migration de l'œuf embryonné dans le récessus interhépatorenal. Ce récessus est le point le plus déclive de la cavité péritonéale en position couchée et correspond à la convergence de la presque totalité des espaces de drainage du péritoine. Sur le plan nutritionnel, le foie constitue un site de nidation favorable du fait de sa très riche vascularisation (2). Le trophoblaste (couche cellulaire externe de l'œuf) n'a plus qu'à recruter les vaisseaux hépatiques maternels pour son propre compte. Ce dernier émet des villosités intrahépatiques et s'accroît aux dépens du parenchyme hépatique. L'évolution gravidique est marquée par une rupture du site d'implantation qui peut être complète avec choc hémorragique majeur survenant au cours du premier trimestre la plupart du temps, soit incomplète permettant une poursuite de cette grossesse. Il est admis qu'au-delà de la douzième semaine d'aménorrhée, il n'y a plus de risque de rupture complète (1, 12) et seuls des signes d'hémorragie insidieuse, des plaintes d'allure digestive ou biliaire peuvent faire évoquer cliniquement chez une patiente enceinte le site intra-abdominal de la grossesse (5, 13-18). Ces symptômes seraient en rapport avec la contiguïté des organes digestifs et biliaires (5).

L'échographie est l'examen demandé en première intention lors d'une suspicion de grossesse extra-utérine associée au dosage quantitatif des bêta HCG. La reconnaissance d'un sac ovulaire extra-utérin, l'absence de sac gestationnel dans un endomètre déciduïal posent le diagnostic. Au cours de la grossesse intra-

* Service de radiologie A, CHU Jean-Minjoz, Besançon.

“Une intrigue jouée en trois actes”

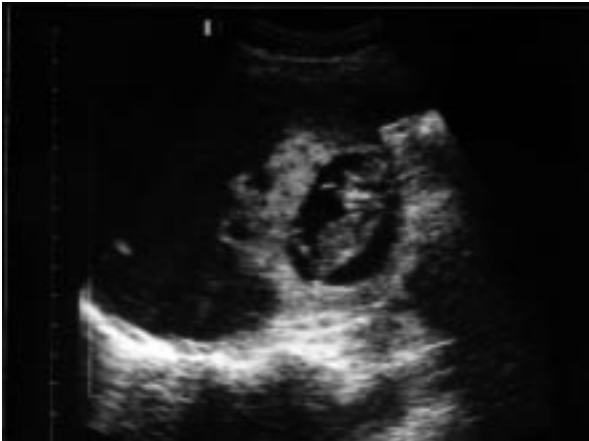


Figure 1. L'examineur découvre à sa grande surprise, lors d'une échographie abdominale, un sac gestationnel contenant un embryon au sein du lobe hépatique droit.

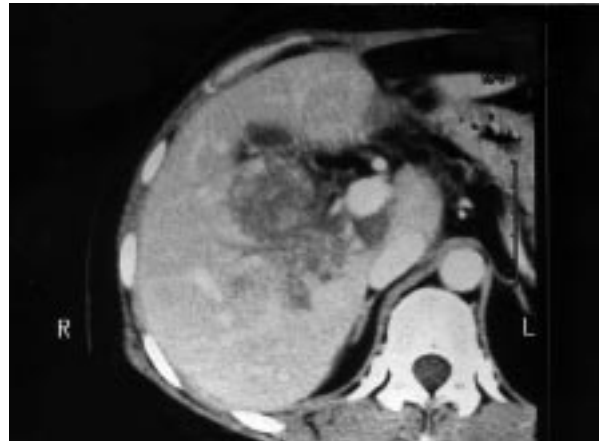


Figure 2. La poursuite des investigations objective en TDM une masse hypodense intrahépatique, hétérogène, en raison de l'opacification des structures vasculaires trophoblastiques en périphérie.

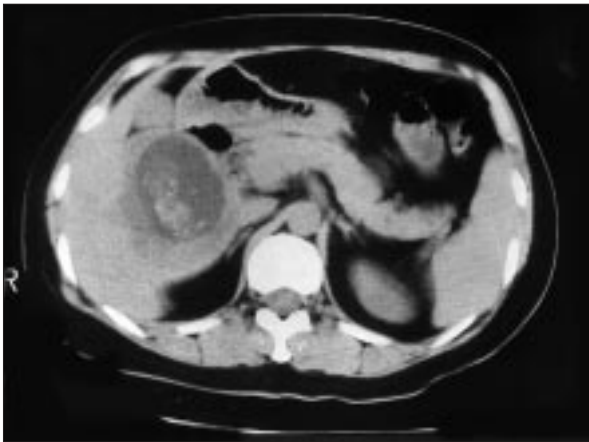


Figure 3. On reconnaît sur la coupe sous-jacente la même silhouette identifiée de façon plus formelle en échographie, correspondant à l'embryon.

hépatique, peut se poser le problème de l'origine d'une lésion au sein du parenchyme hépatique. En effet, en dehors de son contexte clinique, un diagnostic échographique précoce de grossesse intrahépatique est impossible. L'œuf en situation ectopique est reconnu grâce à sa couronne trophoblastique hyperéchogène caractéristique qui s'individualise à partir de la cinquième semaine d'aménorrhée, par l'intermédiaire d'une vésicule ombilicale qui apparaît à partir de la sixième semaine d'aménorrhée sous la forme de deux images échogènes ponctiformes, ou encore grâce à l'identification d'un embryon qui devient possible par voie haute lorsque sa longueur cranio-caudale mesure 5 mm à la



Figure 4. L'acte final, opératoire, permet de démasquer le vrai visage de cet hôte, pour le moins inattendu.



sixième semaine d'aménorrhée. À partir de la septième semaine d'aménorrhée, une activité cardiaque apparaît et le diagnostic en est alors facilité. Un examen TDM ou IRM de complément n'est pas indispensable à la confirmation diagnostique ou à la stratégie thérapeutique. Cependant, il peut être utile pour le chirurgien de disposer d'un document d'imagerie analysable pour se rendre compte des relations de l'œuf ectopique avec les structures anatomiques de voisinage.

CONCLUSION

La grossesse intrahépatique est une entité exceptionnelle dont la difficulté diagnostique échographique précoce ne se pose pas en pratique courante. En effet, au cours du premier trimestre de gestation, une hémorragie cataclysmique avec choc hypovolémique majeur est la règle chez les patientes ignorant leur grossesse, transférées immédiatement au bloc opératoire. Lorsque la grossesse est connue, l'absence d'œuf au sein de la cavité utérine associée à un taux élevé de bêta HCG au-delà de la cinquième semaine d'aménorrhée conduit à une surveillance rapprochée et à une décision thérapeutique. Par conséquent, la grossesse intrahépatique constitue plutôt une curiosité par sa rareté ; le contexte clinique ainsi que la facilité diagnostique échographique après la septième semaine d'aménorrhée posent, en revanche, peu de problèmes. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Borlum KG, Blom R. Primary hepatic pregnancy. *Int Gynaecol Obstet* 1988 ; 27 : 427-9.
2. De Almeida Barbosa A Jr, Rodrigues De Freitas LA, Andrade Mota M. Primary pregnancy in the liver. *Path Res Pract* 1991 ; 187 : 329-31.
3. Henderson DN, Wilson R. Abdominal pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1964 ; 88 : 356-60.
4. Jarcho J. Ectopic pregnancy with special reference to abdominal pregnancy. *Am J Surg* 1949 ; 77 : 273-313.
5. Schlatter MG, Depree B, Vanderkolk KJ. Hepatic abdominal pregnancy. *J Rep Med* 1998 ; 33 : 921-4.
6. Grimes HG, Nosal RA, Gallagher I. Ovarian pregnancy : a series of 24 cases. *Obstet Gynecol* 1983 ; 61 : 174-80.
7. Alcalay J, Bogokovsky H. Primary splenic pregnancy. *Harefuah* 1981 ; 100 : 557.
8. Caruso V, Hall WHJ. Primary abdominal pregnancy in the spleen. A case report. *Pathology* 1984 ; 16 : 93-4.
9. Mankodi RC, Sankari K, Bhatt SM. Primary splenic pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol* 1977 ; 84 : 634-5.
10. Norenberg DD, Gundersen JH, Janis JF et al. Early pregnancy on the diaphragm with endometriosis. *Obstet Gynecol* 1977 ; 49 : 620-2.
11. Berghella V, Wolf SC. Does primary omental pregnancy exist ? *Gynecol Obstet Invest* 1996 ; 42 : 133-6.
12. Hall JM, Manning N, Moore NR et al. Antenatal diagnosis of a late abdominal pregnancy using ultrasound and magnetic resonance imaging : a case report of successful outcome. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1996 ; 7 : 289-92.
13. Kirby N G. Primary hepatic pregnancy. *Br Med J* 1969 ; 1 : 296.
14. Krause DW. Hepatic tumor or hepatic pregnancy ? *AJ R* 1979 ; 133 : 355-6.
15. Luwuliza-Kirunda JMM. Primary hepatic pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol* 1978 ; 85 : 311-3.
16. Mear Y, Ekra JB, Raelison S. Un cas de grossesse à implantation hépatique avec enfant vivant. *Sem Hosp Paris* 1965 ; 41 : 1430-3.
17. Shukla VK, Pandey S, Pandey LK et al. Primary hepatic pregnancy. *Postgrad Med J* 1985 ; 61 : 831-2.
18. Veress B, Wallmänder T. Primary hepatic pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1987 ; 66 : 563-4.

ABONNEZ-VOUS !
ABONNEZ-VOUS !
ABONNEZ-VOUS !