



FAIT CLINIQUE / CASE REPORT

Difficultés Diagnostiques d'une Grossesse Abdominale à Terme : À Propos d'un Cas Clinique Observé au Centre Hospitalier Régional d'Ebolowa, Cameroun

Diagnostic Difficulties of a full-term Abdominal Pregnancy: Case Report at the Ebolowa Regional Hospital Center, Cameroon

EDZIMBI Annick Laure^{1,2*}, MOULION TAPOUH Jean Roger³, MESSAKOP MOAYETH Yannick^{4,5}, TEBERE Haoua⁶, MBALLA AMOUGOU Jean Claude^{2,7}.

¹: Service de Radiologie et Imagerie Médicale du Centre Hospitalier Régional d'Ebolowa I (Ebolowa, CAMEROUN)

²: Faculté des sciences de l'université d'Ebolowa (Ebolowa, CAMEROUN)

³: Service de radiologie et imagerie médicale du Centre Hospitalier Régional de Bafoussam (Bafoussam, CAMEROUN)

⁴: Service de gynécologie et d'obstétrique du Centre Hospitalier Régional d'Ebolowa (Ebolowa, CAMEROUN)

⁵: Faculté des sciences biomédicales et pharmaceutiques de Sangmélina (Sangmélina, CAMEROUN)

⁶: Service de radiologie et imagerie médicale de l'Hôpital Général de Yaoundé (Yaoundé, CAMEROUN)

⁷: Service de radiologie et imagerie médicale du Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé (Yaoundé, CAMEROUN)

Mots-clés :

Grossesse abdominale, échographie, diagnostic tardif, Cameroun, Afrique subsaharienne.

Keywords:

Abdominal pregnancy, ultrasound, late diagnosis, Cameroon, sub-Saharan Africa.

*Auteur

correspondant

Dr EDZIMBI Annick
Service de radiologie et
d'imagerie médicale du Centre
Hospitalier Régional
d'Ebolowa
BP: 1064 Ebolowa - Cameroun
Email:
edzimbiannick@gmail.com
Tel : 00 237 674397915

Reçu le : 21/10/2025

Accepté le : 26/8/2026

RÉSUMÉ

La grossesse abdominale est une forme rare de grossesse extra-utérine, associée à une morbidité et une mortalité materno-fœtales élevées. Le diagnostic précoce reste un défi, particulièrement dans les contextes à ressources limitées comme celui d'Ebolowa, au Cameroun. Nous rapportons le cas d'une patiente de 22 ans, admise pour douleurs pelviennes sur mort fœtale in utero détecté sur une échographie antérieure. L'échographie de contre-expertise a révélé une grossesse abdominale à terme, méconnue jusqu'au troisième trimestre. Ce cas souligne les difficultés d'imagerie et l'importance d'une approche multidisciplinaire pour optimiser la prise en charge.

ABSTRACT

Abdominal pregnancy is a rare form of ectopic pregnancy, associated with high maternal and fetal morbidity and mortality. Early diagnosis remains a challenge, particularly in resource-limited settings such as Ebolowa, Cameroon. We report the case of a 22-year-old patient, admitted for pelvic pain with intrauterine fetal death detected on a previous ultrasound. The second-opinion ultrasound revealed a full-term abdominal pregnancy, unrecognized until the third trimester. This case highlights the imaging difficulties and the importance of a multidisciplinary approach to optimize management.



1. Introduction

La grossesse abdominale se définit comme l'implantation et le développement de l'œuf fécondé dans la cavité abdominale [1]. Elle peut être primaire ou secondaire [2] selon qu'elle s'est implantée initialement dans la cavité péritonéale ou qu'elle a secondairement migrée. Elle représente moins de 1 % des grossesses extra-utérines, mais son incidence pourrait être sous-estimée en Afrique subsaharienne en raison des limites diagnostiques [3]. Bien que l'échographie soit l'outil de référence, les diagnostics tardifs, comme dans notre observation, persistent, exposant à des complications hémorragiques graves. Le taux de mortalité est élevé de 20% chez les mères et jusqu'à 90% chez le fœtus [4,5]. Ce cas illustre les pièges diagnostiques en milieu rural camerounais et appelle à une optimisation des stratégies de dépistage.

2. Observation (s)

Patiente : BMC, femme de 22 ans, G1P0, sans antécédents notables, consultait pour des douleurs abdominales diffuses évoluant tout le long de la grossesse.

DDR 01/12/2024. Suivie à l'hôpital de Mvangan. Deux consultations prénatales ont été faites avec comme bilan réalisé :

- Le 01/04/2025 : AgHbs, syphilis, GS Rh B+, Sérologie VIH négative
- Le 16/06/2025, l'échographie réalisée par un technicien d'imagerie médicale révélait une mort fœtale in utero à 27 semaines 04 jours. Présentation siège.

Elle a été référée à l'Hôpital Régional d'Ebolowa pour prise en charge d'une mort fœtale in utero à 27 semaines 04 jours. Reçue à 30 SA 04 jours. L'examen clinique évoquait une présentation anormale avec une hauteur utérine discordante de 33cm, CA 104 cm. Nous la recevons pour reprise de l'échographie devant une présentation inhabituelle du fœtus à l'examen physique, une discordance de la hauteur utérine et une suspicion de grossesse arrêtée à 27 semaines 04 jours.

L'échographie réalisée avec un appareil de marque Siemens, NX3 avec une sonde convexe de bande passante 3,5 à 5Mhz a eu les trouvailles ci-après : (figure 1 à 3)

- Position haute du fœtus avec une localisation fœtale en dehors de la cavité utérine, le pôle céphalique se retrouvant dans l'espace hépatorénal de Morrison.
- Le pôle placentaire du cordon n'a pas été visualisé avec un placenta probablement piégé dans l'utérus.

- Fœtus flottant dans un liquide abondant abdomino-pelvienne avec de multiples franges graisseuses flottantes probablement épiploïques.
- Absence de visualisation du myomètre enveloppant le fœtus. Brèche utérine visualisée.

Diagnostic retenu : Grossesse abdominale secondaire à terme (37 semaines 01 jour), probablement due à une rupture utérine avec réimplantation fœtale dans la cavité péritonéale.

La prise en charge a consisté en une laparotomie en urgence avec extraction d'un nouveau-né vivant de 2900 g, Apgar 6, 9 puis 10 ; et d'une résection totale d'un placenta situé sur le ligament large. Suites opératoires simples.

Le bilan malformatif du nouveau-né à J4 (Echographie trans fontanelle, échographie abdominale et échographie cardiaque) a révélé un kyste du septum pellucidum de 8,1 mm ; sans autre anomalie (figure 4 à 6).

Le contrôle de la mère à J16 par échographie abdomino-pelvienne a montré un abdomen sans épanchement, notamment du Morrison, et sans anomalie des organes sus-mésocoliques, et une cicatrice du fond utérin (fils de suture de la brèche décrite) visible sous forme d'images hyperéchogènes avec atténuation des US en postérieur (figures 7 et 8).



Figure 1 : Position haute du fœtus. Liquide anéchogène dans l'espace de Morrison avec pôle fœtal céphalique

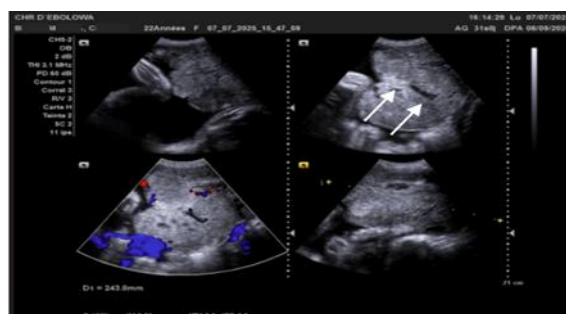


Figure 2 : Fœtus flottant dans un liquide abondant abdominopelvien avec de multiples franges grasses flottantes probablement épiploïques. Brèche utérine (flèche blanche)

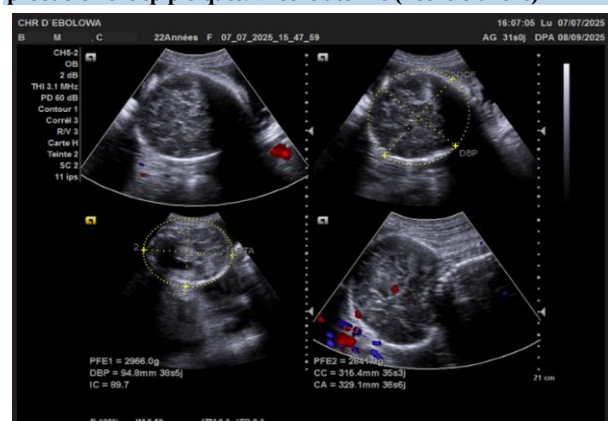


Figure 3 : Mensurations fœtales correspondant à un âge gestationnel de 37 semaines 01jour.

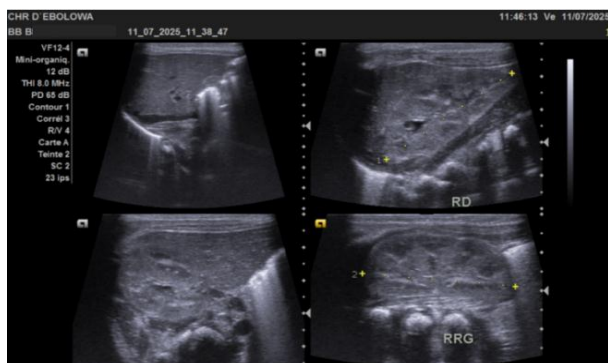


Figure 4 : Foie, Rate et reins fœtaux normaux à J4 de vie

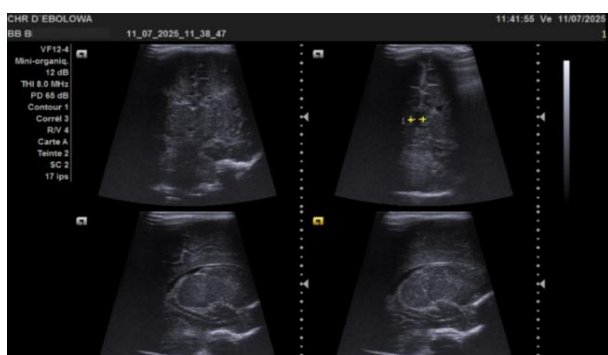


Figure 5 : Kyste du septum pellucidum, pas d'anomalie de l'ETP par ailleurs

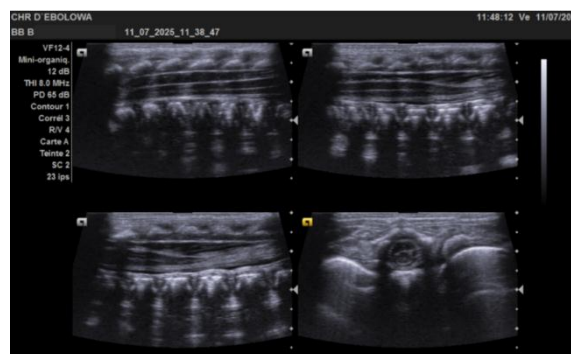


Figure 6 : Echographie médullaire normale

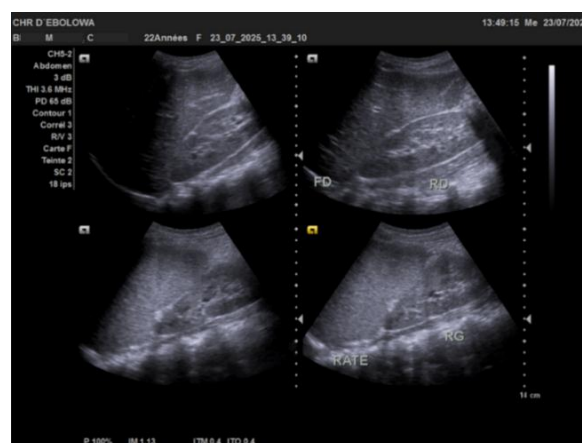


Figure 7 : Echographie abdominale de Mme BMC, normale notamment espace de Morrison libre.

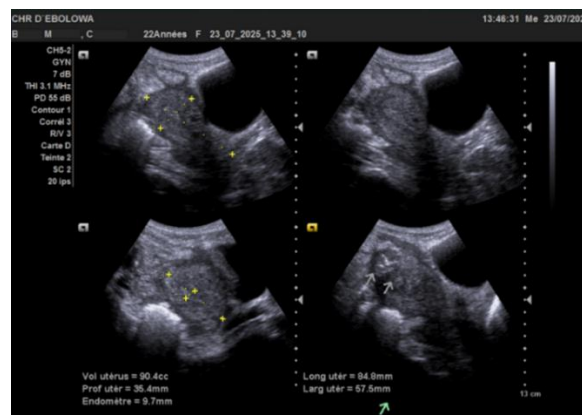


Figure 8 : Echographie pelvienne de Mme BMC, utérus bien en place, avec images hyperéchogènes correspondant à des fils de suture de la brèche utérine (flèches)

3. Discussion

L'incidence des grossesses extra-utérines varie de 1,3 à 3,45 % [6,7,8]. Les grossesses abdominales représentent 1% de toutes les grossesses extra-utérines [3]. Cette incidence est de 1 pour 10.000 naissances dans les pays développés [3,9]. Elle est plus élevée dans les pays en voie de développement variant de 0,009% à 0.152% [10] respectivement au Maroc et au Nigeria. Pas de données camerounaises. Cette différence pourrait s'expliquer par le niveau socioéconomique bas entraînant un suivi prénatal non optimal. Dans notre cas, nous rapportons une grossesse mal suivie en zone rurale avec deux consultations et deux échographies dont une réalisée par un personnel peu qualifié.

La grossesse abdominale est classée en précoce (avant 20 semaines d'aménorrhée) et tardive (après 20 semaines d'aménorrhée) [11]. La revue révèle que comparativement aux pays développés, les pays sous-développés décrivent plus les formes tardives du fait des ressources limitées de certaines structures. C'est ainsi que nous notons, dans les données africaines et camerounaises que : NKUSU rapportait une grossesse abdominale à 09 mois de grossesse avec naissance vivante au Nord-Ouest Cameroun en [12]. Kamga et al qui rapportaient un cas de grossesse abdominale hémorragique à 15 semaines d'aménorrhée au CHUY en 2021 [10]. En Centrafrique nous avons retrouvé un cas de grossesse abdominale avancée à 08 mois avec naissance vivante [13]. En Côte d'Ivoire, une grossesse abdominale avec fœtus vivant diagnostiquée à 24 SA avec suivi prospectif et naissance programmée à 34 SA en 2013 [14]. Toujours en Côte d'Ivoire, un cas révélé par un hémopéritoine à 39 semaines avec extraction d'un mort-né macéré [15]. Dans les pays développés, nous n'avons retrouvé aucun cas de grossesse abdominale au 3e trimestre. Bien que 20 – 40% de grossesses abdominales sont identifiées avant la chirurgie [16], elles bénéficient d'une prise en charge précoce ; afin de limiter les complications maternelles (hémorragie) et fœtales (décès, malformation).

La grossesse abdominale peut également être primaire par implantation directe dans la cavité utérine ou secondaire sur brèche utérine passée inaperçue [2]. Dans notre série nous avons noté une brèche utérine à l'échographie qui a été confirmée en per opératoire avec réparation de la brèche ; confirmant le caractère secondaire de la grossesse abdominale de notre série (migration à travers une brèche utérine d'une grossesse intra-utérine). À l'échographie de contrôle chez la mère à J10, les points de suture de la brèche utérine ont été identifiés. La position exacte du placenta n'a pas pu être donné à l'échographie.

Les difficultés diagnostiques sont cliniques et échographiques.

3.1 Cliniques

La symptomatologie (douleurs, mobilité fœtale excessive) peut mimer une grossesse utérine, surtout en l'absence de suivi prénatal régulier. Ce qui a été notre cas devant cette dame qui a fait deux consultations prénatales par un personnel peu qualifié. Pas de gynécologue-obstétricien dans sa zone de résidence.

3.2 Échographiques

- Examen opérateur dépendant : dans notre cas l'échographie avait été réalisée par un technicien d'imagerie médicale qui avait posé le diagnostic d'une grossesse arrêtée à 27 semaines 04 jours. Et la contre-expertise a permis de poser le diagnostic et d'orienter la prise en charge.
- Les pièges diagnostics sont la confusion avec une grossesse utérine sur utérus malformatif, ou un fibrome pédiculé [17].
- Les critères diagnostiques (à l'échographie) : [17]
 - « Signe du vide utérin » : Absence de continuité entre le col et le corps fœtal.
 - « Signe de la paroi absente » : Pas de myomètre entre le fœtus et la vessie.
 - Placenta ectopique avec flux Doppler anarchiques (néo-vascularisation).
- De ces signes seul le placenta n'a pas été visualisé dans notre cas. Et en plus nous avons pu décrire d'autres signes non retrouvés dans la littérature tel que la présence du pôle céphalique dans l'espace de Morrison, les franges graisseuses dans la collection abdominale décrite comme le liquide amniotique et la brèche utérine.

L'accessibilité des méthodes plus avancées, TDM pour meilleure visualisation du fœtus et IRM pour meilleure localisation du placenta et sa vascularisation. Dans notre cas ni la TDM ni l'IRM n'ont été réalisées respectivement du fait du diagnostic déjà posé malgré la non-visualisation du placenta et la non-disponibilité.

Dans la revue plusieurs cas de bébé vivant sur grossesse abdominale à terme ont été reportés [18 à 22] (18). Nous reportons un bébé vivant, bien portant sorti à 10 jours de vie ne présentant aucune malformation majeure. Ce cas ouvre la discussion sur l'approche thérapeutique conservatrice possible avec suivi rapproché en milieu hospitalier.

Ce cas met en lumière les difficultés diagnostiques des grossesses abdominales du fait de l'absence de formation adéquate des techniciens d'imagerie et des ressources limitées. Ce qui a pour conséquence le retard au diagnostic et à la prise en charge, augmentant ainsi les

complications. Il serait par conséquent important de bien former les techniciens d'imagerie à la détection précoce des grossesses abdominales, l'échographie étant plus disponibles en zone reculée.

Dans notre cas, le diagnostic a été évoqué à l'échographie, mais la localisation précise du placenta n'a pas pu être donnée. Dans la littérature, le retrait du placenta pourrait avoir des complications à type d'hémorragie et de dommages sur les structures adjacentes ; tout comme le laisser en place représente également une cause de morbidité [17]. La patiente a immédiatement été prise en charge dans notre structure

4. Conclusion

Notre observation rapporte les difficultés diagnostiques des grossesses abdominales à terme : examen réalisé par un technicien en imagerie médicale dans un pays aux ressources limitées (humaines et matérielles) ; et absence de critères standardisés. L'échographie est un examen opérateur dépendant, de ce fait un accent doit être mis sur la formation des techniciens en imagerie médicale, plus nombreux dans les zones reculées, et le recyclage des radiologues sur la détection et le diagnostic des grossesses abdominales. La difficulté de localisation du placenta du fait de ressources limitées absence d'IRM. Le diagnostic est passé inaperçu dans notre observation et la patiente a pu conduire jusqu'à terme sa grossesse, bien que les complications soient importantes, la possibilité d'une prise en charge conservatrice avec surveillance rapprochée en milieu hospitalier (lorsque le plateau technique le permet) des cas détectés tôt pourrait être discutée. Des recherches à plus large échelle pourraient aider à standardiser les critères diagnostiques dans tous les trimestres.

Conflit d'intérêt

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

5. Références

1. Aliyu, L.D. and Ashimi, A.O. (2013) A Multicentre Study of Advanced Abdominal Pregnancy: A Review of Six Cases in Low Resource Settings. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 170, 33-38. www.elsevier.com/locate/ejogrb.
2. Kim MC, Manyanga H, Lwakatare F: Secondary abdominal pregnancy in human immunodeficiency virus- positive woman. *Obstet Gynecol Sci*. 2016, 59:535-8. 10.5468/ogs.2016.59.6.535.
3. Atrash, H.K., Friede, A. and Hogue, C.J.R. (1987). Abdominal Pregnancy in the United States: Frequency and Maternal Morbidity. *Obstetrics and Gynecology*, 69, 333-337.

par une équipe pluridisciplinaire, gynécologue obstétricien et chirurgien général et le placenta posé sur le ligament large a été aisément retiré sans lésion des structures avoisinantes. En effet dans la littérature nous rapportons plusieurs cas de décès fœtaux sur grossesse à terme. Mais cette grossesse vivante telle que retrouvée également dans la littérature ouvre la possibilité d'une prise en charge conservatrice sur surveillance rapprochée.

4. Baffoe P, Fofie C, Gandau BN: Term abdominal pregnancy with healthy newborn: a case report. *Ghana Med J*. 2011, 45:81-3. 10.4314/gmj.v45i2.68933.
5. Okafor I, Ude A, Aderibigbe A, Amu O, Udeh P, Obianyo N, Ani C: Abdominal pregnancy- a case report. *J West Afr Coll Surg*. 2011, 1:121-30.
6. Assoumou Obiang P, et. al. "Aspects épidémiologiques, diagnostics, thérapeutiques et pronostics des grossesses extra utérines (GEU) au Centre Hospitalier Universitaire Mère et Enfant Fondation Jeanne Ebori (CHUMEFJE)." *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)*, 21(01), 2022, pp. 27-30.
7. Bruno Kenfack, Kenfack B, Kenfack B, Michel Noubom, Noubom M, Michel Noubom, et al. La grossesse extra-utérine dans une région semi-rurale en Afrique : Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques à propos d'une série de 74 cas traités à l'Hôpital de District de Sangmelima au Sud-Cameroun. *Pan Afr Med J*. 30 nov 2012;13.
8. Dohbit J.S., Foumane P., Kapche M.D., Mboudou E.T., Doumbe M., Doh A.S. Grossesse extra-utérine à l'hôpital régional de Bafoussam. Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. *Clin Mother Child Health* 2010; Vol 7, N° 1 : 1189 - 1193
9. Bénifla, J.L., Bardou, D., Sebban, E., Daraï, E. and Madelenat, P. (1997) Masson Éditeur. La grossesse extra-utérine chapitre, 6, 38-46.
10. Kanga Talom, A., Ymele, F.F., Dingom, M.N. and Fouedjio, J. (2021) Abdominal Pregnancy: Epidemiological, Diagnostic, Therapeutic and Prognostic Aspects: A Case report from the Yaounde Central Hospital (Cameroon). *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 11, 381-390. <https://doi.org/10.4236/ojog.2021.114038>
11. Lusajo Mwagobele et al. Advanced abdominal pregnancy with intestinal obstruction: a case report. *PAMJ Clinical Medicine*. 2025;17(27). 10.11604/pamj-cm.2025.17.27.45125.
12. Nkusu Nunyalulendho D, Einterz EM. Advanced abdominal pregnancy: case report and review of 163 cases reported since 1946. *Rural and Remote Health* 8: 1087. (Online), 2008. Available from: <http://www.rrh.org.au>
13. Kossa-Ko-Ouakoua G.D., Nguette-Kolassion C., Amath A., Gounouman L., Nazilari J.G., Tozia A., Gondje P., M'betid-Degana R., Ndakala S., Ngbale N. R., Sepou A. (2025). Grossesse abdominale avancée avec naissance vivante : a propos d'un cas a l'hôpital regional universitaire de Bangassou,

Republique Centrafricaine. European Scientific Journal, ESJ, 21 (15), 139. <https://doi.org/10.19044/esj.2025.v21n15p139>

14. Bohoussou E, Guié P, Saki C, Okon G, Anongba S, Touré-coulibaly K. Diagnosis and management of advanced abdominal pregnancy (Abidjan, côte d'Ivoire). *Rev Int Sc Méd* 2013;15,1:30-32.
15. Gbary-Lagaud E, Loué V, Effoh D, Konan J, Adjoby R, Kouakou F, Boni S. L'hémopéritoine : mode de diagnostic d'une grossesse abdominale avancée à propos d'un cas. *Rev Afr Anesth Med Urg*. Tome 24 n°2-2019.
16. Chen Y, Peng P, Li C, et al.: Abdominal pregnancy: a case report and review of 17 cases. *Arch Gynecol Obstet*. 2023, 307:263-74. 10.1007/s00404-022-06570-9.
17. Thompson S, Powdhar D, Varachhia S A, et al. (July 09, 2025) Abdominal Pregnancy: Challenges in Recognition and Diagnosis in the Emergency Department. *Cureus* 17(7): e87627. DOI 10.7759/cureus.87627
18. Sana Ismail, Ruchika Garg. Full-term Live Secondary Abdominal Pregnancy: A Rare Case Report. *J South Asian Fed Obstet Gynaecol*. 19 avr 2023;15(1):137- 8.
19. Rajkumar Gurjar, Gurjar R. Full-Term Live Secondary Abdominal Pregnancy: A Rare Case Report. *J Obstet Gynecol India*. 1 avr 2019;69(1):36- 9.
20. Piyusha Chandrayan, Piyusha Chandrayan, Arpana Patel, Arpana Patel. A rare case of live full-term fetus in primary abdominal pregnancy. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*. 27 sept 2022;11(10):2858- 2858.
21. Sanjit Kumar Swain, Swain S, Sasmita Behuria, Behuria S, Rabinarayan Satpathy, Satpathy RN, et al. Term live secondary abdominal pregnancy: a case report -. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*. 1 janv 2015;4(1):263- 5.
22. Nitin Kulkarni, Richa Patel, Anamika Arun, Nilay Patel. Advancedsecondary Abdominal Pregnancy till Term: A Case Report. *Indian J Matern-Fetal Amp Neonatal Med*. 15 déc 2020;4(2):209- 11