**GROSSESSE ABDOMINALE : A PROPOS D’UN CAS**

**Auteurs**: Djengue E., Lokossou S., Aboubakar M., Perrin R.X.

 La fréquence de la grossesse abdominale varie d’un pays à l’autre. Deux facteurs dépendant du niveau socio-économique du pays semblent l’influencer profondément : l’incidence de l’infection génitale et l’insuffisance de suivi de la grossesse. Au Bénin, il n’y a pas encore une étude exhaustive permettant d’évoquer sa fréquence.

Nous rapportons ici un cas de découverte fortuite à terme.

Madame A.H. âgée de 28 ans quatrième geste troisième pare ; deux enfants vivants, sans antécédent particulier référée d’un centre de santé pour grossesse arrêtée.

Il s’agissait d’une grossesse non suivie donc n’ayant bénéficié d’aucune consultation prénatale ni d’échographie.

A l’examen clinique, on notait un bon état général ; Les constantes hémodynamiques étaient bonnes ; l’abdomen était souple augmenté de volume avec une hauteur à 31cm ; on retrouvait un fœtus anormalement superficiel, une tête mobile au-dessus du détroit supérieur ; les bruits du cœur fœtal étaient absents ; la vulve était propre ; Le toucher vaginal retrouvait une discordance entre la taille de l’utérus (qui correspondait à une grossesse de 2mois) et l’âge présumé de la grossesse. Une échographie réalisée a retrouvé un utérus vide et une grossesse abdominale non évolutive de 38SA.

Une laparotomie a donc été réalisée en urgence et a permis de retrouver un utérus sain pelvien avec une coque en amont de l’utérus contenant le fœtus. Le décollement prudent de la coque et son ouverture ont permis de découvrir un fœtus mort-né macéré de sexe masculin pesant 3800g. Après l’extraction du fœtus, l’exploration retrouve un placenta qui adhère à l’épiploon et à l’annexe droite saignant abondamment au niveau de son lit d’insertion et nécessitant son ablation en totalité par dissection de proche en proche.

On procède à une ablation du placenta suivie de la résection hémostase de l’épiploon et d’une annexectomie droite. L'hémostase et la toilette péritonéale ont été réalisées. La spoliation sanguine était compensée en peropératoire par la transfusion de deux poches de culot globulaire.

Les suites opératoires étaient simples et la patiente est sortie de l’hôpital au 12éme jour post opératoire.

**ABDOMINAL PREGNANCY : ABOUT A CASE**

**Authors** : Djengue E., Lokossou S., Aboubakar M., Perrin R.X.

The frequency of abdominal pregnancy varies from one country to another. Two factors depending on the socio-economic level of the country seem to influence it deeply: the incidence of genital infection and the lack of follow-up of pregnancy. In Benin, there is not yet an exhaustive study to evoke its frequency. We report here a case.

Mrs. A.H. 28 years old fourth pregnancy, two children alive, with no particular medical history was referred from a health centre for pregnancy stopped.

This was a non-followed pregnancy, therefore no prenatal consultation or ultrasound.

A good general condition were noted at the clinical examination; The hemodynamic constants were good; The abdomen was soft increased volume with a height at 31cm; An abnormally superficial fetus was found, a moving head above the Upper Strait; Fetal heart sounds were absent; The vulva was clean; The vaginal touch found an unconformity between the size of the uterus (which corresponded to a 2 month pregnancy) and the presumed age of pregnancy. An ultrasound found an empty uterus and a non-evolutionary abdominal pregnancy of 38GA.

A laparotomy in emergency found a healthy pelvic uterus with a shell upstream of the uterus containing the fetus. The careful detachment of the hull and its opening allowed to discover a stillborn fetus born macerated male weighing 3800g. After extraction of the fetus, exploration finds a placenta that adheres to the omentum and to the right annex bleeding abundantly at the level of its insertion bed and requiring its total ablation by dissection from near to near.

The placenta is ablated, followed by the hemostasis resection of the omentum and right annexectomy.

 Hemostasis and peritoneal toilets were performed. Blood Despoilment was compensated in peroperative by the transfusion of two globular pellets pocket.

The evolution were simple and the patient was released from the hospital at the 12th Day Post operative.