

## A PROPOS D'UN CAS PARTICULIER DE GROSSESSE ABDOMINALE : LE LITHOPÉDION

QUENUM G<sup>1</sup>, N'GBESSO RD<sup>2</sup>, MEMADJI M<sup>1</sup>,  
KONE M<sup>1</sup>, WELFFENS-EKRA CH<sup>1</sup>

1-Service de Gynécologie Obstétrique

2- Service de Radiologie du CHU De Yopougon - 21 BP 632 Abidjan 21 (RCI)

**Correspondance** : QUENUM.G BP 230 CIDEX 3 Abidjan-Riviera  
Email : quenumgd@ yahoo.fr

### RESUME

Les auteurs rapportent un cas particulier de grossesse abdominale très rare : le lithopédion. Il s'agit d'une grossesse abdominale calcifiée, découverte chez une femme noire africaine de 72 ans, dans un contexte de masse abdomino-pelvienne. Les étapes clinique et radiologique qui ont permis d'arriver au diagnostic sont décrites. La laparotomie confirme le lithopédion et en permet l'extraction.

**Mots-clés** : Masse abdominale, Calcification abdominale, Grossesse abdominale, Lithopédion, Grossesse extra utérine.

### SUMMARY

*The authors report a particular case of very rare abdominal pregnancy : the lithopedion. It is about a calcified abdominal pregnancy, discovered in an African black woman of 72 years, in a context of a abdomino-pelvic mass. The clinical and radiological steps which allowed to arrive at the diagnosis are described. The laparotomy confirms the lithopedion and allows it's extraction.*

**Key words** : Abdominal mass, Abdominal calcification, Abdominal pregnancy, Lithopedion, Extra-uterine pregnancy.

### INTRODUCTION

Le lithopédion est une évolution assez rare d'une grossesse abdominale dont la rétention du fœtus mort survient au-delà de la 24<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée<sup>11</sup>. La rétention se prolongeant, le fœtus se calcifie avec son sac amniotique constituant la forme complète de LITHOKELIPHODION<sup>11</sup>.

Cette forme de grossesse extra utérine (GEU) abdominale est très rare. Elle est considérée comme une complication représentant 1,5 à 2% des GEU, soit environ 1 cas pour 10.000 grossesses<sup>15</sup>. Evoluant à bas bruit, bien toléré habituellement et asymptomatique, elle pose à l'obstétricien ou au chirurgien le problème d'une volumineuse masse abdomino-pelvienne, quelque peu asymptomatique. Nous rapportons le cas clinique d'un lithopédion retrouvé chez une femme africaine noire de 72 ans qui a vu évoluer son lithopédion pendant 34 ans. Nous insisterons sur les arguments cliniques et radiologiques, qui nous ont fait évoquer le diagnostic, à la lumière de la littérature nous discuterons la démarche qui nous a fait indiquer une laparotomie à cette septagénaire.

## I. NOTRE OBSERVATION

Une femme noire africaine de 72 ans (**fig. 1**) a été adressée dans le service de gynécologie-obstétrique pour une masse abdomino-pelvienne évoluant depuis plusieurs années, mais devenant depuis quelques mois de plus en plus douloureuse. Une constipation chronique rebelle aux traitements s'y associe. L'interrogatoire révèle qu'elle est nullipare. Cependant, on retrouve dans ces antécédents, remontant à 34 ans plutôt, une notion d'aménorrhée de 8 à 9 mois. Après 3 jours d'un "travail" qui aurait été douloureux, difficile et infructueux, la dame rentra chez elle, dès la régression des symptômes. Aucun accouchement n'a suivi cet épisode et aucune explication n'a été donnée à ces symptômes. L'examen clinique retrouve une tumeur abdomino-pelvienne de 30 cm ferme, irrégulière et peu mobile.

Au spéculum nous retrouvons un diaphragme vaginal transversal et une muqueuse vaginale à paroi lisse et dépolie. Le toucher vaginal n'a pas permis l'accès au col utérin et retrouve un aspect fibreux du diaphragme qui semble secondaire à l'application d'un produit traditionnel caustique. Le reste de l'examen est sans particularité. L'examen ultrasonore retrouve une volumineuse masse abdomino-pelvienne mal définie polycyclique, calcifiée en bloc avec une petite réaction liquidienne périphérique localisée. L'utérus est visualisé petit et les ovaires n'ont pas été identifiés chez cette femme ménopausée depuis 22 ans. Le reste de l'examen est normal et la masse ne semble pas avoir de rapport avec les viscères environnants. L'abdomen sans préparation (ASP) (**fig. 2**) montre très clairement l'image d'un fœtus entier intra-abdominal et calcifié. Le diagnostic formel de lithopédion est posé.

L'hystérosalpingographie (HSG) prescrite n'a pu être réalisée en raison de l'inaccessibilité du col utérin barré par le diaphragme vaginal.

La tomодensitométrie (TDM) demandée comme bilan complémentaire, retrouve un fœtus intra abdominal, sans lésion viscérale associée. Le volume de la tumeur et ses irrégularités nous ont fait récuser la coelioscopie au profit de la laparotomie dans le cadre de la prise en charge thérapeutique. Le bilan préopératoire est sans particularité. Au cours de la laparotomie, nous découvrons un abdomen siège de nombreuses adhérences vélamenteuses épaisses, solides et hypervascularisées. Les adhérences intéressaient et reliaient le péritoine antérieur aux anses grêles. Ces adhérences inter péritonéo-intestinales, sont accolées à la volumineuse masse abdomino-pelvienne. Après libération des adhérences, l'utérus a pu être identifié ; il est atrophié, macroscopiquement normal et indemne de toute solution de continuité. Le fœtus macroscopiquement momifié a pu être extrait, enveloppé dans ces membranes.

Il pesait 1450 grammes et mesurait 27 centimètres (**fig. 3**). Le placenta ratatiné, participe aux nombreuses adhérences que nous avons partiellement laissées en place. L'examen anatomo pathologique confirme le diagnostic.

Les suites opératoires sont simples et la sortie du service est autorisée au 8<sup>ème</sup> jour. Le cliché de face à l'ASP de contrôle fait au 10<sup>ème</sup> jour, retrouve (**fig. 4**) un bloc calcique résiduel d'aspect rubané à localisation pelvienne évoquant le placenta partiellement laissé en place plus ou moins associé au méconium calcifié. Aux différents contrôles au 45<sup>ème</sup> jour, au 90<sup>ème</sup> jour, et 1 an après, la patiente se porte bien et les symptômes ont disparus.

## II. DISCUSSION

Le lithopédion est le résultat terminal d'une grossesse abdominale non diagnostiquée et non traitée. Trois formes anatomo-pathologiques sont décrites<sup>1</sup> dans la littérature.

Le LITHOPEDION vrai (43%) où le fœtus momifié sorti du kyste fœtal est recouvert directement de couche calcaire.

Le LITHOKELIPHOPEDION (35%) où l'incrustation calcaire porte à la fois sur les membranes et les parties fœtales.

Le LITHOKELIPHOS (26%) où le fœtus est resté enveloppé dans ses membranes et momifié en restant intact au milieu de son cercueil de pierre.

Notre observation semble correspondre à la troisième forme.

### II.1. Epidémiologie

Ce phénomène qu'est le Lithopédion est très rare comme le confirme une revue de la littérature peu riche avec des cas très réduits<sup>1,6,10</sup>. Bien que rare le Lithopédion est très anciennement connu. En effet, le premier cas décrit dans la littérature remonte à 1582<sup>2</sup> et a fait l'objet de la thèse d'un français JEAN D'AILLE BOUST. Il s'agissait d'une autopsie faite chez une femme de 68 ans qui aurait porté un lithopédion pendant 28 ans. Il est donc difficile d'évaluer une fréquence précise quand on sait que certains chirurgiens disent en avoir opéré dans les hôpitaux régionaux, mais malheureusement ils ne les ont pas publiés. NESBITT<sup>9</sup> a répertorié en 1955, 258 cas publiés mondialement. AHMED<sup>1</sup> en 1979 a recensé 270 cas. A ces cas, il faut ajouter ceux décrits par SFAR<sup>13</sup> en 1993 et en 1995 par SPEISER<sup>14</sup> et par ELECHI<sup>4</sup>.

### II.2. Diagnostic

Pour l'obstétricien il se pose un problème diagnostique véritable devant une masse abdomino-pelvienne chez une femme âgée, ménopausée depuis plusieurs années. Deux notions sont importantes :

La première est le fait que la tumeur perdure depuis la période d'activité génitale avant la ménopause.

La seconde, c'est que l'on retrouve toujours après un interrogatoire poussé, l'histoire d'une grossesse et/ou d'un travail qui ne s'est jamais terminé par un accouchement<sup>4,14</sup>.

Les signes fonctionnels sont souvent discrets, ce qui fait traîner longtemps cette rétention fœtale. N'eût été les douleurs abdominales et surtout la constipation exacerbée, notre patiente n'aurait jamais consulté. L'examen clinique retrouve un contraste entre le bon état général, le volume et la consistance dure de la tumeur qui fait penser à une tumeur maligne digestive ou gynécologique. Il n'existe pas de signe d'appel biologique. Le premier examen paraclinique demandé est l'ASP à la recherche de calcification. L'ASP a lui seul évoque le diagnostic, même si la certitude dans la différenciation des différentes formes anatomiques de lithopédion ne peut être faite. En effet, l'intérêt de la radiographie conventionnelle a été souligné dans les rares cas décrits dans la littérature<sup>3,10,13</sup>. Cependant, l'imagerie moderne reste très mal connue, et mérite d'être bien clarifiée. L'échographie retrouve une tumeur abdominale pelvienne calcifiée.

Dans notre cas, l'échographie n'a pas permis d'identifier une structure fœtale. En effet, l'importance des effets acoustiques due aux calcifications semble rendre difficile l'accès difficile aux ultra sons. La

taille de la tumeur correspondant au Lithopédion est de 27 centimètres de longueur, qui correspond à la mesure retrouvée après la laparotomie. Il semble que l'échographie ne soit pas spécifique dans le cadre du diagnostic du lithopédion comme l'ont d'ailleurs remarqué d'autres auteurs<sup>3,4,5</sup>.

L'ASP reste l'examen de choix dans les grossesses abdominales calcifiées.

L'HSG n'a pas pu être réalisée dans notre cas, car les différentes applications vaginales de produits traditionnels caustiques dans le but souvent de provoquer les règles chez une femme à l'âge de la ménopause par ignorance ou par obstination entraînent certaines occlusions secondaires du vagin. L'accès au col utérin est alors impossible. Par ailleurs cet examen est bien indiqué, illustrant l'existence d'un l'utérus vide affirmant ainsi la localisation extra-utérine de la grossesse<sup>13</sup>.

L'examen TDM montre en coupe des images très évocatrices qui ne sont pas très décisives au diagnostic de lithopédion. Avec l'échographie, la TDM éclaire certains diagnostics différentiels notamment, les tumeurs ovariennes ou utérines sur lesquelles nous reviendront. La coelioscopie peut se concevoir et être indiquée pour une masse abdomino-pelvienne modérée. Elle est très dangereuse dans les tumeurs très volumineuses, comme le notent certains auteurs dont Sfar<sup>13</sup> qui a dû reculer au cours d'une coelioscopie où il n'arrivait pas à distinguer ni les annexes ni l'utérus du fait d'un magma adhérentiel abdomino-pelvien : c'est la raison pour laquelle nous avons donc abandonné cette exploration. En somme, l'ASP est l'examen de choix, sans danger, peu coûteux et très riche en l'informations, signant même le

diagnostic de lithopédion. En dehors de l'HSG qui confirme la vacuité utérine et la grossesse extra-utérine, les autres explorations sont peu spécifiques. Le bilan biologique n'apporte rien au diagnostique. Le diagnostic différentiel du lithopédion dans le cadre d'une tumeur abdomino-pelvienne, chez une femme en période de ménopause, peut se discuter avec les cancers de l'ovaire<sup>7,12,14</sup>, les volumineux fibromyomes utérins calcifiés et les tumeurs digestives<sup>3, 7</sup>.

Si la symptomatologie clinique est souvent fruste, sournoise, d'évolution chronique, expliquant la découverte tardive<sup>6,12, 13, 14</sup> de cette forme particulière de grossesse abdominale, elle peut être de découverte bruyante signant la présence de complications aggravées. La douleur abdominale aiguë en rapport avec un volvulus du colon<sup>5</sup> ou du grêle<sup>6</sup> peut faire découvrir une surprise opératoire : le lithopédion.

### II.3. Le traitement

La prise en charge thérapeutique sera toujours, lorsque le diagnostic est fait, la laparotomie comme le préconise IRICK<sup>8</sup>. Il faut extirper la tumeur calcifiée sans pour autant chercher à faire une adhésiolyse complète par crainte de faire des plaies intestinales ; c'est ce que nous avons réalisé chez notre patiente. Les suites opératoires ont été très simples. Le cliché de contrôle ASP post opératoire fait quelques semaines après la laparotomie montre quelques calcifications résiduelles en rapport probablement avec un reste de placenta calcifié très adhérent aux anses intestinales (**fig. 4**).

## CONCLUSION

Le lithopédion est une forme rare de grossesse abdominale dont l'évolution longue entraîne la calcification.

La bonne prise en charge des grossesses en Europe et dans les pays anglo-saxons en fait une affection exceptionnelle qui semble encore moins rare en Afrique Noire où les consultations prénatales ne sont pas toujours suivies.

Dans ces régions, le gynécologue obstétricien doit y penser devant une tumeur abdomino-pelvienne d'évolution longue chez une femme âgée en période de ménopause.

L'ASP et HSG doivent rester les explorations de choix avant la chirurgie. L'échographie trouve une place dans la prévention par le diagnostic précoce des grossesses extra utérines et le suivi des grossesses évolutives intra utérines.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- AHMED LT, LARBIL, HAMDAD F, LARBI A.  
Le lithopédion étude Anatomoclinique à propos d'une observation personnelle et revue de la littérature. J. GYNECO. OBST. BIOL REPR. 1979-8 : 685-8
- 2- BONDESON J. The earliest known case of lithopedion. J.R SOC MED. 1996 JAN ; 89 (1) 13 -8
- 3- BUCHET R. Le lithopédion, rarissime "Masse" pelvi-abdominale (dissection diagnostique et revue de la Littérature). J. RADIOLOGIE 1967 ; 48 : 537 - 48.
- 4- ELECHI EN, ELECHI GN. Mummified and calcified abdominal pregnancy (lithopedion). TROP-DOCT 1995. JUL ; 25 (3) : 125 - 6
- 5- FAGAN CJ, SCHEIBER MH, AMPARO EG.  
Lithopedion stowe baby. ARCH. SURG. 1980 - 115 : 764 - 6
- 6- FRAYER CA, HUBBER ML. Abdominal pregnancy in a 67 years old. Woman undetected for 37 years a cas. J. REPROD.MED. 1999. JULY ; 44 (7) : 633 - 5.
- 7- GRUNSTEIN S, SUPRUN H, STAMLER L. A "lithopedion" simulating an ovarian tumor. GYNAECOLOGIA - 1968 - 165 (1) : 38 - 44
- 8- IRICH MB, KITSOS CN, DILEARY JA. Therapeutic aspects in the management of a lithopedion. AM.SURG 1970.APR ; 36 (4) : 232 - 4
- 9- NESBITT R. Lithopedion. AS ARMED FORCES MED J. 1955 - 6 : 903 - 7
- 10- OUYAHIA BA, BOUHADLEF A, BELKACEM AA, KHIMECHE A. Le lithopédion étude anatomoclinique à propos d'une observation J. GYN. OBST. BIOL. REPR. 1977 - 6 : 233 - 8
- 11- PANSKY B. Embryologie Humaine ELLIPSES EDITION MARKETING 1986 pp. 29 - 26.
- 12- ROTHSCHILD B, ROTHSCHILD C, BEMEWLT LC.  
Tree millenium antiquity of lithokelyphos variety of lithopedion AM. J. OBST. GYNECO 1993 - 169 : 140 -1.
- 13- SFAR E, KCHIR N, CHELLI.H, KHAROU M. Une observation rare de grossesse abdominale : Lithopedion. TUNISIE. MED. 1993 - 71 : 283 -7.
- 14- SPEISER P, BREZINA K. Lithopedion. In a 92 years old Woman. LANCET 1995. Mars 18 ; 345 (8951) : 737 -8
- 15- SPIRITOS NM, EISENKOP SM, MISHHELL DR. Lithokelyphos a case report and literature review. J. REPR. MED. 1987-32 : 43 - 6.



*Figure 1* : Femme de 72 ans avec une masse abdomino pelvienne.



*Figure 2* : Cliché d'abdomen sans préparation de face montrant une image de fœtus calcifié signant le diagnostic de lithopédion.



*Figure 3* : Aspect post opératoire du lithopédion après extraction chirurgicale. Vue oblique.



*Figure 4* : Contrôle post opératoire. Cliché d'abdomen sans préparation de face. Bloc calcique résiduel en rapport avec du méconium calcifié.