

LE LITHOPEDION: UNE ETIOLOGIE RARE D'OCCLUSION INTESTINALE AIGUE

Bénilde Marie Ange TIEMTORE-KAMBOU¹, Nina-Astrid Nde-Ouédraogo¹, Aïcha Madina NAPON², Seydou SANON³, Ousséini Diallo⁴, and Rabiou Cissé⁵

¹Assistante, Université Ouaga I Professeur Joseph Ki-Zerbo, Service d'imagerie médicale, Burkina Faso

²Service de Radiologie Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles de Gaulle, Université Ouaga 1 Pr Joseph Ki Zerbo, Ouagadougou, Burkina Faso

³Service de Chirurgie Hôpital de District de Bogodogo, Université Ouaga 1 Pr Joseph Ki Zerbo, Ouagadougou, Burkina Faso

⁴Maitre de conférence agrégé de radiodiagnostic et imagerie médicale, Université Ouaga I Pr Joseph ki-Zerbo, Service d'imagerie médicale, Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso

⁵Professeur titulaire de radiodiagnostic et imagerie médicale, Université Ouaga I Professeur Joseph Ki-Zerbo, Service d'imagerie médicale, Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso

Copyright © 2017 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the **Creative Commons Attribution License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: An urban dweller patient, 38 years old, came for an ultrasound scan of a mass of the right lower quadrant at the imaging department of the district hospital. She also suffered from fecal and air stasis. The ultrasound scan revealed dilated bowel loops and a mass of the right lower quadrant with a clear view of the fetus head whose parietal diameter measured 56 mm corresponding to a gestational age of 23 weeks and 2 days. The uterus was empty. The hypothesis of a mummified fetus was raised and plain abdominal film X-ray of frontal standing position was made. It showed air-fluid levels and small bowel mass of the right flank with a well individualized fetal head and two femoral bones. A surgery was required considering the signs of complications mainly a small bowel obstruction by compression. laparotomy performed 24 hours later confirmed the diagnosis of lithopedion in its lithokeliphos form. The situation subsequently became normal and the patient, received at the 45th day, was feeling well.

KEYWORDS: Abdominal pregnancy, lithopedion, small bowel obstruction, ultrasound, Plain abdominal film X-rays.

RESUME: Une patiente de 38 ans citadine venait réaliser une échographie pour une masse du flanc droit au service d'imagerie de l'hôpital de district. Elle présentait en plus un arrêt des matières et des gaz. L'échographie retrouvait une dilatation des anses grêles et une masse du flanc droit avec une bonne visibilité de la tête fœtale dont le diamètre bipariétal mesurait 56 mm soit 23 semaines 2 jours. L'utérus était vide. Le diagnostic de fœtus momifié fut évoqué et une radiographie de l'abdomen sans préparation de face debout fut réalisée. Il montra les niveaux hydro-aériques gréliques et une masse du flanc droit avec une tête fœtale bien individualisable et deux os fémoraux. Une intervention fut décidée devant les signes de complications à savoir l'occlusion du grêle par compression. La laparotomie réalisée 24 h plus tard confirma le diagnostic de lithopédion dans sa forme lithokeliphos. Les suites furent simples et la patiente revue au 45^e jour se portait bien.

MOTS-CLEFS: grossesse abdominale, lithopédion, occlusion du grêle, échographie, radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP).

1 INTRODUCTION

Le lithopédion est un fœtus issu d'une grossesse extra-utérine non arrivée à terme qui est mort sans avoir été expulsé et sans avoir été diagnostiqué. Il s'en suit une calcification et une tolérance pouvant dépasser un demi-siècle [1]. Les cas de lithopédion sont très rares 330 cas et surviennent dans un milieu socioculturel défavorisé non suivi médicalement [2]. La découverte par une de ses complications à savoir une occlusion du grêle par compression est rarement décrite.

Nous rapportons un cas de lithopédion découvert par une occlusion intestinale aiguë avec un délai court de rétention chez une patiente citadine sans facteurs de risque de grossesse abdominale.

2 OBSERVATION

Une patiente de 38 ans, 5^e geste, 5^e pare, 4 enfants vivants, le dernier de 4 ans, un avortement à 3 mois au cours de la 2^e grossesse vivant dans la ville de Ouagadougou, venait réaliser une échographie pour une masse du flanc droit au service d'imagerie de l'hôpital de district. Elle avait présenté dans ses antécédents un trouble du cycle à type d'une aménorrhée de un mois il y'avait 8 mois et les règles seraient revenues à la normale.

Le début remonterait à une semaine par des douleurs abdominales aiguës avec une altération de l'état général et une conservation du transit intestinal sans vomissements.

L'examen clinique retrouvait une masse du flanc droit bien régulière peu mobile avec une légère défense. Une hospitalisation dans un centre de santé n'a pas amélioré les symptômes. S'y ajoutaient au tableau, un arrêt des matières et des gaz avec une défense abdominale et des vomissements. La patiente fut référée à l'hôpital de district. Le bilan biologique était normal et le diagnostic de masse abdominale était évoqué. Une échographie fut demandée pour mieux explorer ces signes.

A l'échographie on retrouvait une formation hétérogène à paroi calcifiée réalisant l'image d'une tête fœtale (figure 1). Le diamètre bipariétal a pu être mesuré à 56 mm correspondant à un âge gestationnel de 23 semaines 2 jours. Les os fémoraux n'étaient pas individualisables et on ne retrouvait pas l'abdomen du fœtus. On mettait en évidence au niveau de la fosse iliaque droite (FID), une formation hétérogène de 50 mm. L'utérus et les ovaires étaient normaux. On notait en plus, une dilatation des anses grêles à 42 mm et une petite suffusion liquidienne dans les gouttières pariéto-coliques.



Figure 1 : échographie abdomino pelvienne montrant une masse du flanc droit à paroi calcifiée et une tête fœtale

Une radiographie de l'abdomen sans préparation de face était demandée et révélait un syndrome occlusif du grêle avec une masse calcifiée dont une tête fœtale calcifiée accolée à une formation se prolongeant par deux os fémoraux. (figure 2).

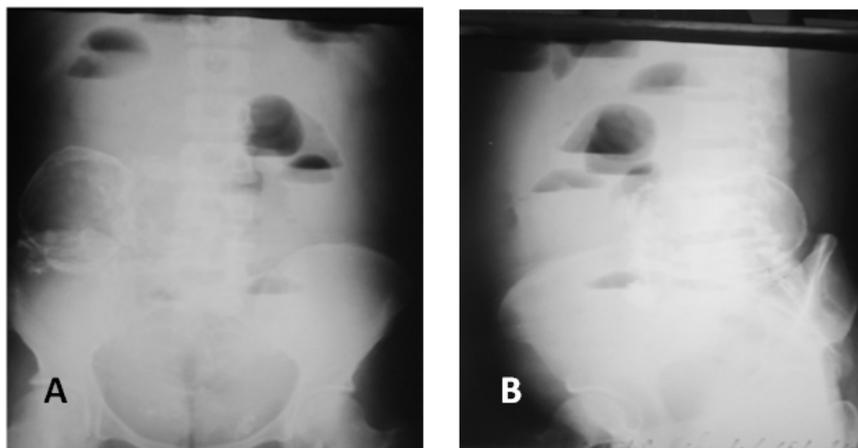


Figure 2 : Radiographie de l'abdomen sans préparation de face debout (A) vue frontale et (B) vue sagittale montrant les niveaux hydroaériques et une masse partiellement calcifiée du flanc droit

Le diagnostic de fœtus momifié entraînant une occlusion du grêle était posé et une prise en charge chirurgicale était demandée devant l'état de la patiente.

Une sonde naso gastrique était installée et la patiente fut prise au bloc le lendemain où une laparotomie a été réalisée. A l'ouverture on retrouvait une masse calcifiée et des segments adhérent à l'épiploon sans atteindre les organes nobles (figure 3). La masse était libérée par coagulation et l'équipe chirurgicale procédait à une ligature de l'épiploon. L'utérus et les trompes étaient normaux avec une partie de la masse accolée à l'ovaire droit. Les chirurgiens firent l'ablation de cette partie. L'exploration de l'abdomen était normale avec des anses saines.

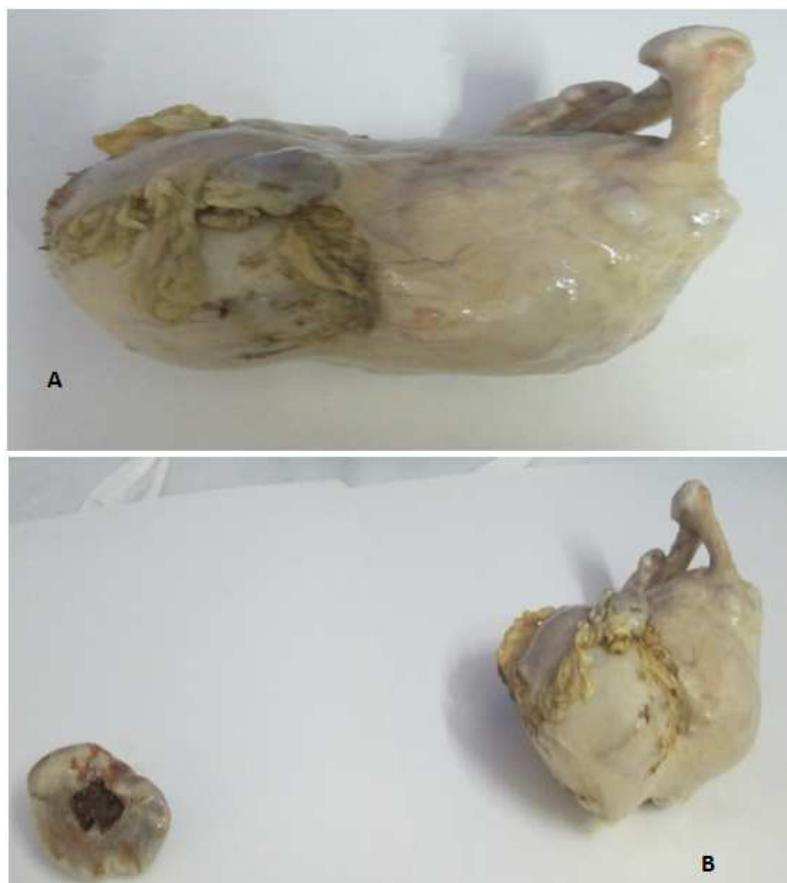


Figure 3 : Aspect post laparotomie de la masse abdominale montrant (A) un fœtus avec individualisation de la tête et des deux fémurs et (B) une masse vasculaire de 5 cm environ correspondant au placenta hypotrophie.

Les suites opératoires furent simples et la patiente a été autorisée à quitter l'hôpital au 4^e jour post opératoire.

La patiente revue au 45^e jour se portait bien.

3 DISCUSSION

Cette observation survient chez une patiente de niveau socio-économique moyen de conditions modestes. Elle vit dans une ville où l'accès aux soins de santé surtout pour les femmes est élevé avec un rayon moyen d'action des formations sanitaires dans la région du centre de 5 km en 2011. Les taux de couverture en consultation prénatale en 2011 sont de 87,7% pour la première consultation prénatale (CPN1) et de 74,4% pour la deuxième consultation prénatale (CPN2) [3]. Elle a eu au moins trois consultations prénatales au cours de ses précédentes grossesses suivies avec au moins une échographie obstétricale. Ce cas diffère des autres cas décrits dans la littérature où les facteurs socio-économiques sont déterminants dans la survenue de cette grossesse abdominale calcifiée [1], [4].

L'âge de la patiente ainsi que les circonstances de survenue sont les mêmes que dans la littérature [5], [6], [7]. Les signes abdominaux sont au premier plan rendant difficile la suspicion clinique d'une grossesse surtout qu'on ne notait pas d'aménorrhée.

Le siège de la grossesse peut se faire n'importe où au niveau abdominal où il y a une vascularisation. Celle-ci n'étant pas suffisante le fœtus meurt et la circulation minimale entraîne un dépôt calcaire [8]. Presque tous les auteurs présentent la masse au niveau du flanc droit [1], [8], [9], [10]. Ici l'épiploon a servi de siège à cette grossesse [8]. La formation retrouvée au niveau ovarien droit serait sûrement le placenta. Cela corrobore l'idée que cette grossesse abdominale résulte d'un avortement tubaire d'une grossesse extra utérine [11].

Les facteurs de risques de GEU n'étaient pas retrouvés. La patiente signale des troubles du cycle il y a 6 mois et les règles sont revenues à la normale. La grossesse se serait-elle installée à cet instant ? La rétention n'aurait donc pas été longue comme chez certains auteurs de 4 à 60 ans [1], [12], [13]. Elle réalise donc le 2^e cas de courte rétention comme rapporté par Robin.

La rareté de ce cas est notable puisque se faisant au stade de complications malgré le court délai de rétention. Dans la littérature on n'a retrouvé que trois cas [6], [14].

Le type de lithopédion correspond au lithokéliphos (26%) où le fœtus reste enveloppé dans ses membranes et momifié en restant intact au milieu de son cercueil de pierre [1], [11].

L'imagerie qui a consisté en une échographie a montré une masse caractéristique d'une tête fœtale et de membres mal individualisables. La radiographie de l'abdomen sans préparation a permis de confirmer le diagnostic comme chez Ngbesso et al. Elle a aussi montré l'occlusion. Elle est la plus part du temps suffisante mais ne permet pas de montrer le type de lithopédion [15]. Ici laparotomie a permis de mettre en évidence l'emplacement exact de cette masse et de la caractériser pour en déterminer le type.

Les autres moyens d'imagerie à savoir le scanner et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) n'ont pas servi ici puisqu'il a fallu lever l'occlusion assez rapidement et leur accessibilité géographique et financière ne permettait pas leur réalisation dans l'immédiat.

4 CONCLUSION

Les grossesses abdominales sont rares et la formation d'un fœtus calcifié est une autre rareté. Sa découverte au stade de complication qui se fait de façon rapide en fait une particularité. La patiente ne se savait pas en grossesse et vit en milieu urbain. Ces particularités peuvent survenir aussi dans des bonnes conditions d'accessibilité financières, géographiques et sanitaires.

REFERENCES

- [1] N'Gbesso RD, Coulibaly A, Quenum G, N'Goan AM, Diabaté K, Koné M et Kéita AK, « Une étiologie rare de calcifications abdominales : le lithopédion, » *Journal de Radiologie*, vol. 79, no 7, pp. 683-66, 1998.
- [2] Gedam B.S., Shah Y, Deshmukh S, Prasad Y. Bansod, "Skeletal remains of mummified foetus for 36 years in mother's abdomen." *International Journal of Surgery Case Reports* vol 7, pp. 109-11, 2015.
- [3] Ministère de la santé, Secrétariat Général, Direction Générale de l'information et des statistiques sanitaires, Burkina Faso. *Tableau de Bord –santé 2011*, pp. 25 – 32, Juillet 2012.
- [4] Correa P, Diadhiou F, Lauroy J, Bah M.D, Diab A, Guindo S « Evolution exceptionnelle de la grossesse abdominale, » *Journal de Gynecologie obstétrique et biologie de la Reproduction*, vol. 8, no.3,pp. 235-41, 1979.
- [5] Lachman N, Satyapal KS, Kalideen JM, Moodley TR, "Lithopedion: a case report," *Clinical Anatomy*, vol.14, no.1, pp.52-4, 2001.
- [6] Zaheer SA, "Acute intestinal obstruction caused by lithopedion," *British Journal of Surgery*, vol. 58, pp. 401–2, 1971.
- [7] Glass B.A, Abramson PD, "Volvulus of cecum due to lithopedion," *The American Journal of Surgery*, vol.86, no3, pp. 348-52, 1953.
- [8] Medhi R, Banashree N, Mangal Mallick P, "Lithopedion diagnosed during infertility workup: a case report," *Archives de Gynécologie et d' Obstétrique*, vol. 283 no. 1, pp. 19-24,2011.
- [9] Riogi B, MBCh B, Kisii Level 5 Hospital, Odhiambo K., MB ChB, M Med, "lithopaedon presenting as intestinal obstruction with a previous co-existing intra- uterine pregnancy" *East Africa Medical Journal*, vol. 86, no.3,pp. 106-108, 2012.
- [10] Bazan F, Radosevic A, Aguilar G, Sanchez J, "Litopedion," *Cirugía Española* vol.92, no. 8, pp e45, 2014.
- [11] Bondeson J "The earliest known case of a lithopedion," *Journal of the Royal Society of Medicine*, vol. 89, pp.13- 8,1996.
- [12] Frayer CA, Hibbert ML, "Abdominal pregnancy in a 67-year-old woman undetected for 37 years A case report," *The Journal of Reproductive Medicine*, vol.44, no.7,pp. 633-5, 1999 .
- [13] Spiritos NM, Eisenkop SM, Mishell DR. "lithokelyphos: a case report and literature review," *The Journal of Reproductive Medicine*, vol. 32, pp.43-6, 1987.
- [14] Allodé SA, Mensah E, Dossou FM (2012), "Acute Small Bowel Obstruction due to Intra-Abdominal Lithopedion," *Surgery*, vol. 2, no.2,107. doi:10.4172/2161-1076.1000107, 2012.
- [15] Ramos-Andrade D, Catarina R, Antónia Portilha M., Jorge B. Brito, Caseiro-Alves F, Curvo-Semedo L," An unusual cause of intra-abdominal calcification: A lithopedion," *European Journal of Radiology Open*, vol.1,pp. 60-63,2014.