

## Lithopédion évoluant depuis 6 ans compliqué d'une occlusion intestinale aigüe, à Madagascar

Rasataharifetra H<sup>1</sup>, Randriambelomanana JA<sup>2</sup>, Herinirina SA<sup>1</sup>, Rakotoarijaona AH<sup>1</sup>

1. Service Chirurgie - 2. Maternité

Centre Hospitalier Universitaire de Toamasina à Madagascar

*Med Trop* 2011 ; 71 : 533

**MOTS-CLÉS** • Calcification. Grossesse ectopique. Lithopédion. Occlusion intestinale. Madagascar.

**KEY WORDS** • Calcification. Ectopic pregnancy. Lithopedion. Stone baby. Intestinal obstruction. Madagascar.

Une femme de 47 ans, 9<sup>ème</sup> geste, 6<sup>ème</sup> pare avec cinq enfants vivants, non ménopausée, sans antécédents chirurgicaux était admise au Service des Urgences Chirurgicales du Centre Hospitalier Universitaire de Toamasina pour une occlusion intestinale aigüe depuis 2 jours associée à une masse abdomino-pelvienne. A l'interrogatoire, elle évoquait, il y a 6 ans et demi environ, un début de grossesse d'allure normale avec augmentation progressive de l'abdomen et perception de mouvements fœtaux. A environ 7 mois de cette grossesse, elle avait ressenti des douleurs abdominales sourdes avec des épisodes de constipations à répétition associées à une disparition des mouvements fœtaux. Les symptômes s'étant estompés progressivement, elle n'avait consulté aucun personnel de santé d'autant plus qu'elle habitait en brousse. A l'entrée, depuis deux jours et demi environ elle présentait un arrêt complet des matières et des gaz associé à une distension abdominale, et des vomissements. A l'examen, l'état général était conservé et on retrouvait une masse pelvi-abdominale indolore non mobilisable dure et bosselée dont le fond remontait jusqu'au-dessus de l'ombilic. La radiographie de l'abdomen sans préparation en urgence montrait une image hydro-aérique discrète, associée à une masse hétérogène irrégulière calcifiée évoquant un squelette fœtal (figure 1). L'échographie montrait une masse hétérogène calcifiée mesurant 16 × 15 cm enveloppant des calcifications ressemblant à des ossements fœtaux. Sur le plan biologique, la recherche de β-HCG plasmatique était négative, et il existait une hyperleucocytose. Une laparotomie exploratrice



Figure 1. Radiographie sans préparation de l'abdomen montrant des calcifications intra-abdominales et une discrète image hydro-aérique.



Figure 2. Lithopédion (après ouverture de l'enveloppe calcifiée).

par voie médiane sous-ombilicale était réalisée sous anesthésie générale. Celle-ci permettait de retrouver une masse oblongue mesurant 18 × 15 cm contractant de multiples adhérences avec le péritoine pariétal antérieur, l'épiploon et les anses intestinales. L'utérus et les annexes étaient normaux. La masse était libérée après une adhésiolyse laborieuse et une omentectomie partielle. La vitalité des anses intestinales était bonne. A l'examen de la pièce opératoire, on observait une masse bosselée mesurant 25 × 16 cm enveloppée d'une membrane mince plus ou moins calcifiée. A l'ouverture de celle-ci, on retrouvait un fœtus momifié de sexe masculin bien conservé non calcifié mesurant 27 cm de longueur et pesant 574 grammes (figure 2). Les suites opératoires étaient excellentes sous antibiothérapie, la patiente sortait au bout de dix jours d'hospitalisation.

Le lithopédion est rarissime : seulement 300 cas environ ont été recensés dans la littérature depuis 400 ans (1-2). Il fait suite à une grossesse abdominale méconnue. Les grossesses abdominales peuvent être primitives par implantation directe d'un œuf fécondé dans la cavité péritonéale. Elles peuvent être secondaires à une grossesse tubaire (par un avortement tubaire ou rupture d'une grossesse tubaire) ou à une grossesse primitivement intra-utérine à travers une cicatrice d'hystérotomie ou une perforation. L'évolution naturelle de ces grossesses

abdominales se fera inéluctablement vers l'apparition des complications graves ou vers la résorption spontanée. Toutefois, de rares cas de grossesses abdominales avancées non diagnostiquées peuvent évoluer vers la momification et la calcification progressive du fœtus et de ses annexes, aboutissant à la formation d'un lithopédion. Les trois formes anatomopathologiques habituellement décrites sont :

- Le lithopédion vrai : le fœtus extériorisé des annexes fœtales se calcifie progressivement de manière directe,
- Le lithokélipédion : le fœtus et les annexes subissent ensemble un processus de calcification,
- Et le lithokéliphos : seules les membranes fœtales s'épaississent par une calcification progressive ; le fœtus est ainsi conservé à l'intérieur par une coque calcaire (1).

Dans la majorité des cas, les lithopédiions se comportent comme une masse abdomino-pelvienne asymptomatique et bien tolérée. Les rares manifestations cliniques ne sont pas évocatrices et peuvent révéler une complication parfois grave comme une suppuration intra-péritonéale, une occlusion intestinale mécanique, et même un développement de tumeur sur le lieu d'implantation du trophoblaste (2-5). Le diagnostic est essentiellement radiographique montrant les ossements fœtaux. La cœlioscopie peut trouver une indication tant dans le diagnostic que dans le traitement chirurgical mais uniquement pour les formes de petite taille (6). Dans notre cas il s'agissait à l'évidence d'une grossesse abdominale primitive méconnue, les membranes partiellement calcifiées et le fœtus plus ou moins conservé évoquent probablement un cas de lithokéliphos. Le volume du fœtus ainsi que son implantation partielle sur un segment iléal pourrait expliquer la précocité de l'apparition de l'occlusion. Les vraies complications se rencontrent surtout pendant l'ablation chirurgicale de la masse soit par hémorragie soit par lésions des organes intra-péritonéaux ; ainsi il est toujours licite de mesurer le rapport bénéfice-risque avant de décider l'ablation d'une telle masse en l'absence de complications. Une surveillance rigoureuse de la grossesse notamment échographique devrait dépister les grossesses ectopiques et les traiter précocement. ■

### RÉFÉRENCES

1. Lachman N, Satyapal KS, Kalideen JM, Moodley TR. Lithopedion: a case report. *Clin Anat* 2001 ; 14 : 52-4.
2. Odom SR, Gerner M, Muyco AP. Lithopedion presenting as intra-abdominal abscess and fecal fistula: report of a case and review of the literature. *Am Surg* 2006 ; 72 : 77-8.
3. Zaheer SA. Acute intestinal obstruction caused by lithopaedion. *Br J Surg* 1971 ; 58 : 401-2.
4. Glass BA, Abramson PD. Volvulus of cecum due to lithopedion. *Am J Surg* 1953 ; 86 : 348-52.
5. El Hag IA, Ramesh K, Kollur SM, Salem M. Extrauterine placental site trophoblastic tumour in association with a lithopedion. *Histopathology* 2002 ; 41 : 446-9.
6. Burger NZ, Hung YE, Kalof AN, Casson PR. Lithopedion: laparoscopic diagnosis and removal. *Fertil Steril* 2007 ; 87 : 1208-9.

• Correspondance : rj-anderson@doctor.com

• Article reçu le 22/05/2011, définitivement accepté le 3/07/2011