

# ***La Grossesse extra utérine***

Dr L.BOUHMAMA



# Les objectifs

1. Définir la Grossesse extra-utérine (GEU).
2. Énumérer les facteurs de risque de la GEU.
3. Décrire les différentes localisations et les modalités évolutives .
4. Réunir les éléments cliniques et paracliniques nécessaires pour poser le diagnostic d'une GEU dans ses différentes formes cliniques.
5. Evoquer les diagnostics différentiels .
6. Préciser les modalités thérapeutiques chirurgicales et médicales de la GEU et Poser les indications thérapeutiques

# Définition

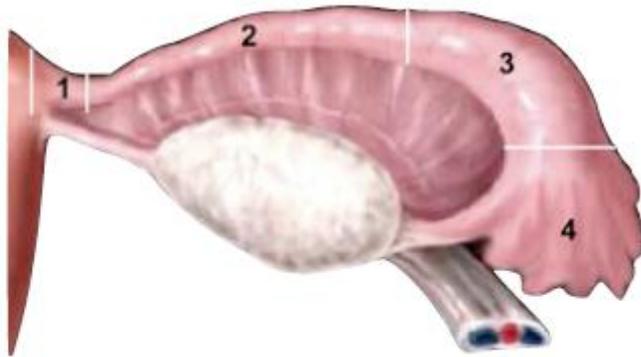
- GEU=Nidation ectopique
- Implantation et développement de l'œuf en dehors de la cavité utérine
- C'est une urgence diagnostique et thérapeutique

# Épidémiologie

- Augmentation régulière (étiologies)
- **Première** cause de mortalité maternelle au 1<sup>e</sup> trimestre de la grossesse (Anderson FW Obstet Gynecol 2004).
- 10 % des morts maternelles totales
- 2 % des grossesses (14 000 par an en France)

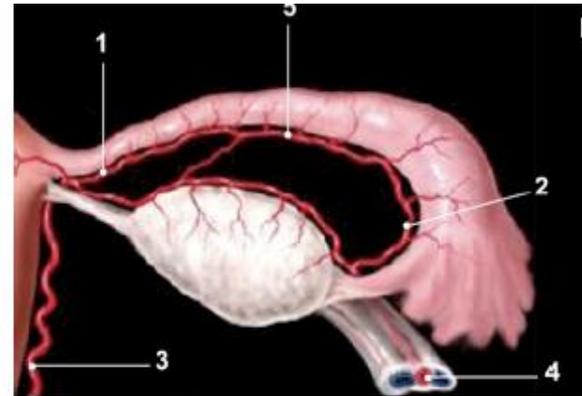
***Pathologie fréquente et grave***

# Rappel anatomique



RAPPEL ANATOMIQUE (1)

1 : Jonction utéro-isthmique 2 : Isthme tubaire  
3 : Ampoule 4 : Infundibulum



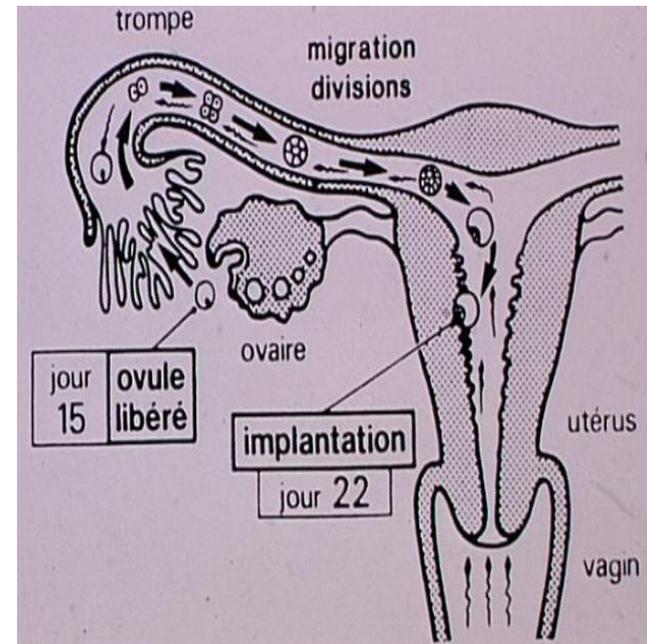
RAPPEL ANATOMIQUE (2)

1 : Artère tubaire médiale 2 : Artère tubaire latérale  
3 : Artère utérine 4 : Artère ovarique  
5 : Arcade infra-tubaire

# Physiologie

=> Migration de l'œuf dans la trompe

- J4 : Arrivée dans la cavité utérine
- J6 : Nidation
- J10 : villosités trophoblastiques érodent les vaisseaux => HCG



# Physiopathologie

- Tous facteurs perturbant la motilité tubaire et empêchant la migration de l'œuf favorisent la GEU

# Physiopathologie

La GEU résulte soit d'un:

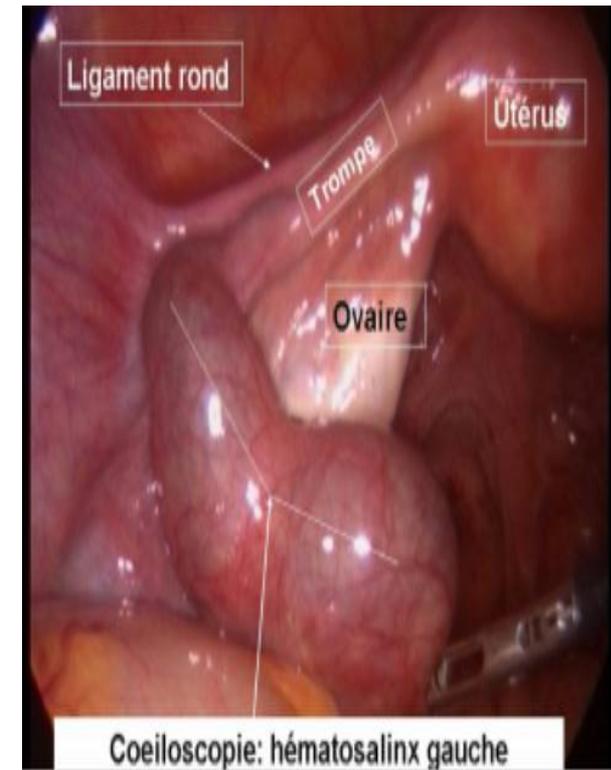
- Retard de captation embryonnaire
- Retard de migration
- Reflux tubaire (FIV)

# Facteurs de risque

- Infection sexuellement transmissible +++
- Chirurgie abdomino-pelvienne
- Plastie tubaire
- Tabac
- Contraception micro progestatif , DIU , la pilule du lendemain
- ATCD GEU ( 3% récursive)
- Infertilité , FIV

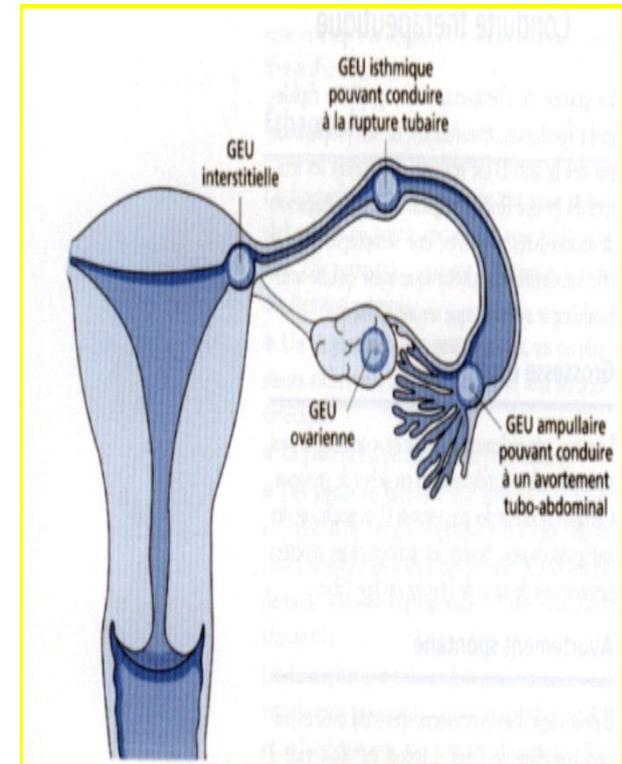
# Anatomopathologie

- Macroscopie: voussure ovoïde, rouge, foncée, violacée, siégeant sur la trompe
- microscopie : le processus de nidation est le même au niveau de la trompe qu'au niveau de l'utérus.
- L'utérus grossit peu et sa muqueuse subit une transformation déciduale



# Localisation

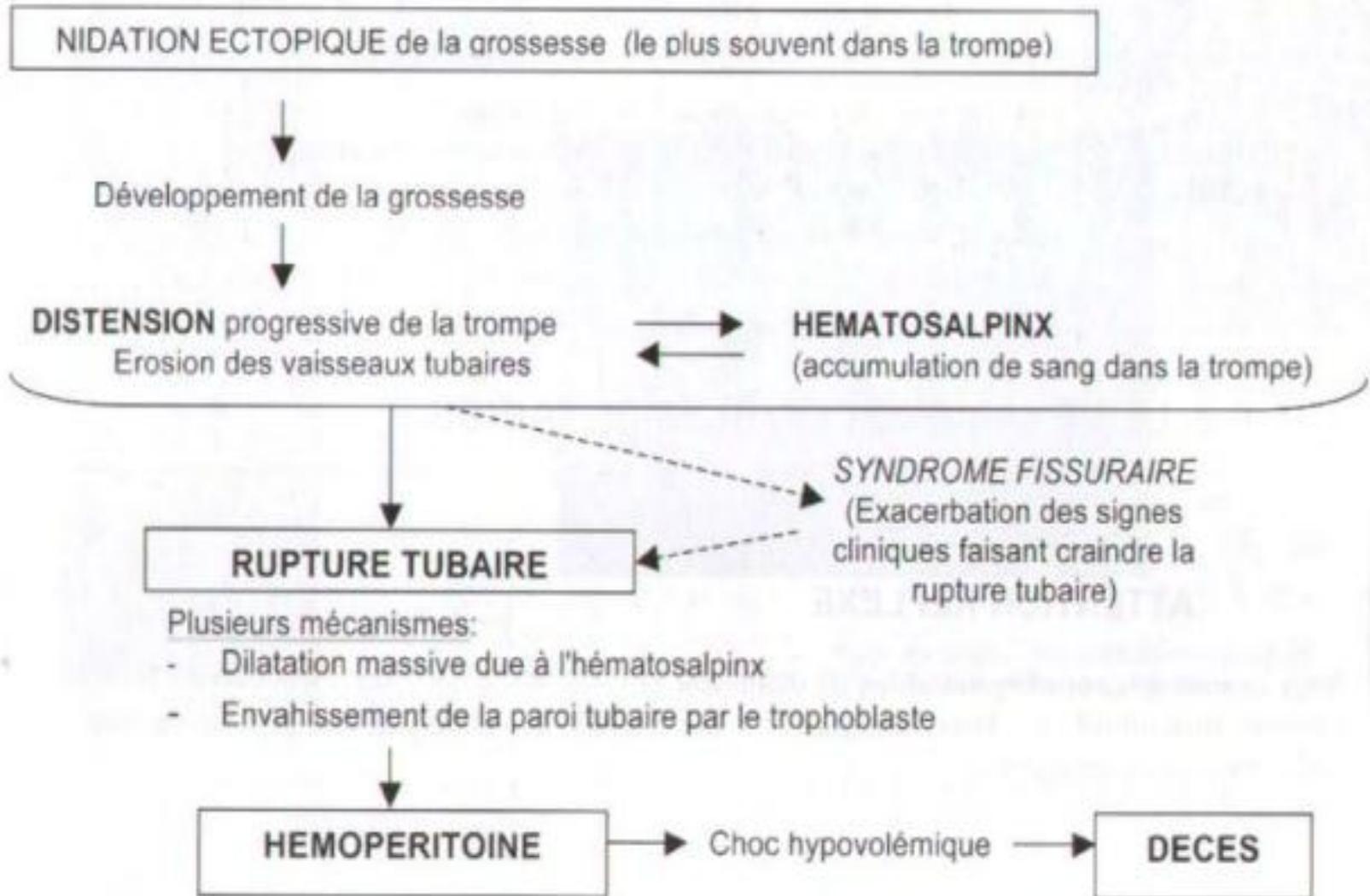
1. Ampullaire (64 %)
2. Isthmique (25 %)
3. Infundibulaires (9 %)
4. Intra murales (2 %)
5. Autres :  
=> ovariennes (0,5%),  
cervicales (0,4 %),  
abdominales  
(0,1 %), cicatrice césarienne....



# Modalités d'évolution

- Vers la rupture brutale induisant un tableau d'hémopéritoine
- Vers la fissuration à bas bruit donnant le tableau d'hématocèle enkysté
- Vers la constitution d'un hématosalpinx
- Vers l'arrêt de la grossesse et l'involution spontanée

# Histoire naturelle de la GEU



# Diagnostic

- grand caméléon de la gynécologie Repose sur le trépied **clinique-biologie-échographie**
- C'est une pathologie polymorphe et trompeuse



# Clinique

- Interrogatoire :
  - **Retard de règles**, l'existence de dernières règles n'exclut pas une GEU
  - **Métrorragies** minimales de sang noirâtre
  - **Douleurs** pelviennes latéralisées
  - Signes sympathiques de grossesse
  - Malaise, Choc hypo volémique



# Clinique

Examen clinique :

- Abdomen sensible,
- défense
- signes d'irritations péritonéale



# clinique

- Examen Gynécologique => Les signes en faveur de la grossesse :
  - Spéculum : col congestif violacé, absence de glaire cervicale
  - TV : Utérus gravide augmenté de taille, ramollit, globuleux.
  - parfois une masse latéro-utérine douloureuse du côté ou siègent les douleurs, CDS sensible
  - Examen mammaire : ↗ du V mammaire, élargissement de la pigmentation de l'aréole, saillie des tubercules de 'Montgomery'

toute femme en période d'activité  
génitale qui consulte pour  
métrorragies ou pour douleurs  
pelviennes, **1<sup>er</sup>** diagnostic à évoquer  
est **la GEU**.



# Biologie

- HCG +++
- Dosage quantitatif
- > 1000-2000 : diagnostic possible écho
- Multiplication physiologique / 48 heure **non respectée**

# Échographie

- Voie sus pubienne et surtout vaginale
- **± Signes directs**
  - Masse latéro-utérine indépendante des ovaires
  - ± Sac gestationnel
  - ± Vésicule vitelline
  - ± embryon
  - ± Activité cardiaque



# Échographie

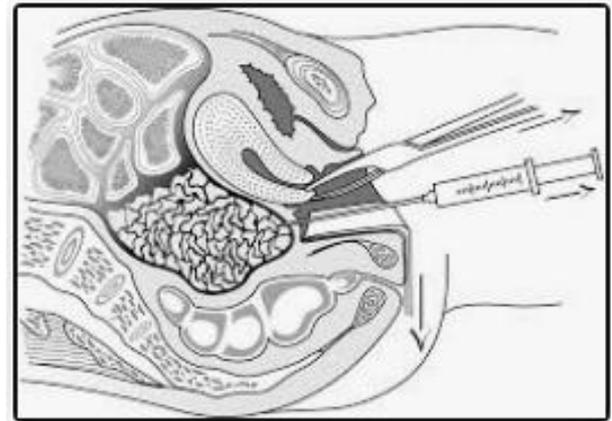
- **Signes indirects +++**
  - VACUITE UTERINE (mais /!\ Pseudo sac gestationnel)
  - Epanchement intra-péritonéal (Douglas)
  - Muqueuse épaissie déciduale
  - Hématosalpinx



Utérus vide à l'échographie +  
 $\beta$  HCG  $>$  1500 UI/L = GEU

# La culdocentèse

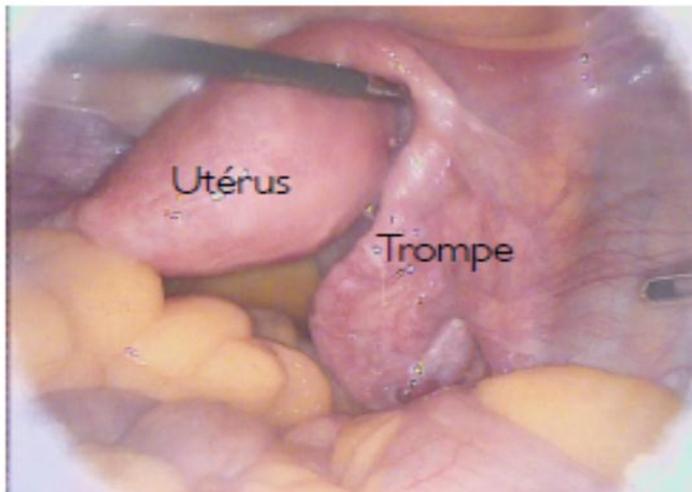
- Faite sous anesthésie générale.
- N'a de valeur que s'elle est positive et ramène une seringue de sang incoagulable, franchement positive
- Plus de mise



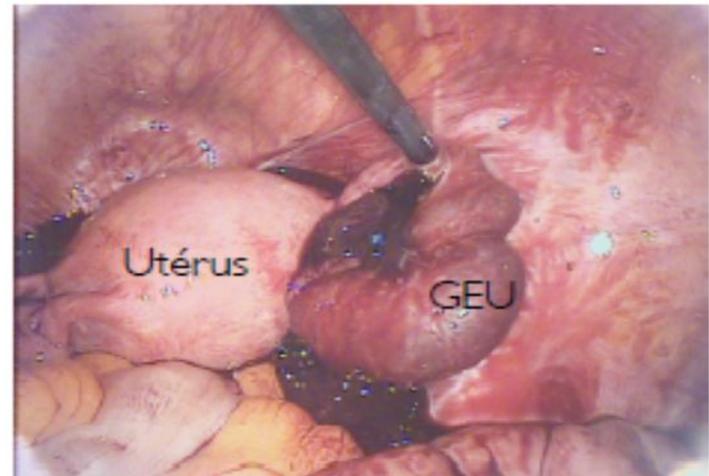
# La coélioscopie

- Elle a un rôle diagnostique en montrant la GEU mais aussi pronostique et thérapeutique.

ASPECT "NORMAL"



AVEC GEU



# Formes cliniques

## ➤ **GEU fissurée**

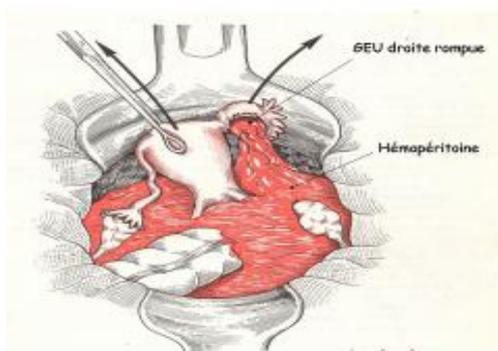
- Tableau clinique complet marqué
- Légers troubles hémodynamiques

# formes cliniques

## ➤ Rupture cataclysmique de la GEU

- Choc hémorragique
- Mesure de réanimation adaptée

=> (remplissage, transfusion, chir en urgence extrême ...)



GEU droite rompue



Cris du Douglas

# Formes cliniques

- **Hématocèle enkystée retro-utérine**
- C'est une forme rare : une rupture ancienne évoluant à bas bruit.
- La symptomatologie :
  - des douleurs augmentant régulièrement depuis plusieurs jours ou semaines, accompagnées de :
    - Métrorragies,
    - Signes de compression pelvienne : ténesme et épreintes (compression du rectum), pesanteur pelvienne, dysurie, dyspareunie profonde, signes irritatifs digestifs : ballonnement, nausées
    - sur le plan général : fébricule, sub-ictère, asthénie.
    - Au TV : l'utérus est refoulé en avant par une masse douloureuse bombant dans le CDS
    - A l'échographie, visualisation d'une masse hétérogène au niveau du CDS parfois latéralisée.

# Les formes cliniques

- **Les formes trompeuses**
  - Pseudo-abortives ( $\beta$  hCG)
  - Pseudo-salpingitiques ( $T^\circ$ , leuco...)
  - Pseudo-appendiculaires
- **Grossesse abdominale**
- **Grossesses hétérotopiques**



# Diagnostic différentiel

- Appendicite
- Salpingite
- Torsion d'annexe
- Fausses couches spontanées
- GIU précoce
- Kyste ovarien hémorragique

# Pronostic

- Récidive
  - Même si salpingectomie (malformation tubaire)
  - 1/3 de récurrence
- Infertilité

# Traitement

- c'est une **urgence**
- les objectifs du traitement sont:
  - ✓ supprimer la GEU,
  - ✓ Préserver la fertilité
  - ✓ limiter les risques de récurrences et réduire au maximum la morbidité thérapeutique

# Traitement

Chirurgie de GEU =

➤ Deux Voies d'abord :

- laparotomie
- cœlioscopie.

➤ Deux Techniques :

- traitement conservateur : salpingotomie
- Radical : salpingectomie

C) Traitement médical : Méthotrexate\*

# Voies d'abord

§ La laparotomie = chirurgie conventionnelle.

- Actuellement elle ne se conçoit qu'en cas de contre indication ou de non disponibilité de la coelioscopie.

§ La voie coelioscopique = **GOLD STANDARD** +++++

- diagnostique et thérapeutique.
- c'est une chirurgie mini-invasive
- Sa morbidité est moindre/ laparotomie
- elle diminue le taux d'adhérences
- les douleurs post opératoires et la durée d'hospitalisation

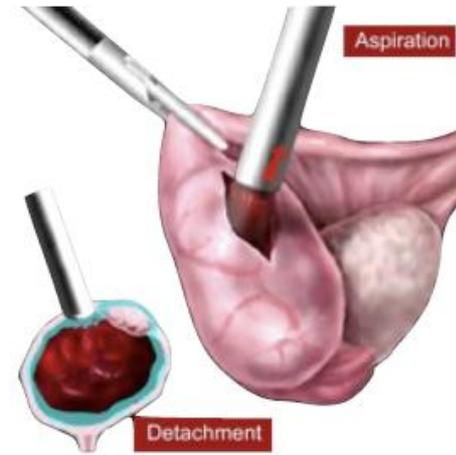
# Choix de la thérapeutique

- Le traitement chirurgical recommandé :
  - ✓ hémodynamique instable
  - ✓ hCG > 5 000 UI
  - ✓ hématosalpinx > 3-4 cm à l'échographie
  - ✓ Hémopéritoine >500 ml
  - ✓ contre-indication au traitement médical
  - ✓ impossibilité d'un suivi ambulatoire
  - ✓ Embryon avec activité cardiaque

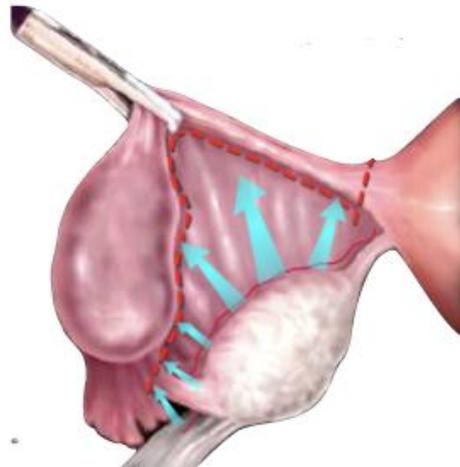
## SALPINGOTOMIE



## SALPINGOTOMIE



## SALPINGECTOMIE



# Devant une chirurgie conservatrice : salpingotomie

- La surveillance s'impose dans les suites de tout traitement conservateur par la surveillance postopératoire de la **décroissance du taux de  $\beta$ HCG plasmatique**.
- Un dosage de  $\beta$ HCG plasmatique est systématiquement réalisé à 48 heures

# Modalités du traitement médical

- Le traitement médical est une alternative raisonnable au traitement chirurgical.
- Ce traitement repose sur le méthotrexate.
- Il est recommandé d'utiliser le schéma en dose unique par voie intramusculaire (IM)
- les doses recommandées sont de 1 mg/kg
- Le bilan biologique pré-thérapeutique nécessaire est donc : NFS, fonction rénale et bilan hépatique (AMM).

# Score de FERNANDEZ

## SCORE DE FERNANDEZ

	1	2	3
Terme (j d'A)	<= 42	<= 49	> 49
hCG (mUI/ml)	<= 1000	<= 5000	> 5000
Progestérone (ng/ml)	<= 5	<= 10	> 10
Douleur	nulle	provoquée	spontanée
Hématosalpynx (cm)	<= 1	<= 3	> 3
Hémopéritoine (cc)	<= 10	<= 100	> 100

**Tt Médical si < 13**

# Choix de la thérapeutique

- Le traitement médical recommandé
  - ✓ Patiente peu ou pas symptomatique
  - ✓ hCG < 5 000 UI
  - ✓ hématosalpinx < 3-4 cm à l'échographie
  - ✓ Hémopéritoine < 500 ml
  - ✓ Suivi ambulatoire possible
- En cas de doute ... Hospitalisation pour surveillance de l'évolution

# Surveillance du traitement médicamenteux

<b>J0</b>	<p>Dosage quantitatif des BHCG          GS, Rhésus, RAI, NFS, Plaquettes, TP,          TCA, Créatininémie, ASAT, ALAT          Consultation Pré Anesthésie          MTX 1 mg/kg en IM une seule prise</p>	
<b>J4</b>	<p>Dosage quantitatif des BHCG          Echographie endo-vaginale de contrôle</p>	<p>J4 : Taux des BHCG doit être &lt; 150% du taux initial          Si &gt; 150% et patiente asymptomatique : 2<sup>ème</sup> dose de MTX*          Si &gt; 150% et aggravation clinique ou échographique : échec du traitement médical et passage en Chirurgie</p>
<b>J7</b>	<p>Dosage quantitatif des BHCG          Echographie endo-vaginale de contrôle</p>	<p>J7 : Taux HCG &lt; 85% du taux initial poursuivre contrôle hebdomadaire des BHCG jusqu'à négatation          Si &gt;85% et patiente asymptomatique : 2<sup>ème</sup> dose de MTX*          Si &gt; 85% et aggravation clinique ou échographique : échec du traitement médical et passage en Chirurgie</p>

# Contre indications au traitement médical

- Refus de la patiente
- Difficultés de garantir la surveillance nécessaire de taux de BhCG jusqu'à négativation
- État hémodynamique instable
- Épanchement intra abdominal de grande abondance
- Douleurs pelviennes importantes
- Taille de l'hématosalpinx > 5cm
- AC + ; Taux B hCG > 10 000
- Thrombopénie < 100 000 ele/mm<sup>3</sup> ; Leucopénie < 2000 ele/mm<sup>3</sup>
- Élévation des enzymes hépatiques ( ASAT ou ALAT > 2 fois la normale )

# Conclusion

- Penser à la GEU devant des métrorragies et/ou douleurs pelviennes chez la femme jeune en activité génitale
- Urgence diagnostique et thérapeutique
- Trépied diagnostic: clinique, BHCG et écho
- Coélioscopie: traitement de référence

# Conclusion

- Il faut toujours y penser chez une patiente en âge de procréer, car elle engage le pronostic vital à court terme, mais aussi le pronostic fonctionnel, avec un risque d'hypofertilité à long terme



Douleur  
abdominale



Saignement  
anormal



Sensation  
d'évanouissement



Douleur de  
lumbago