

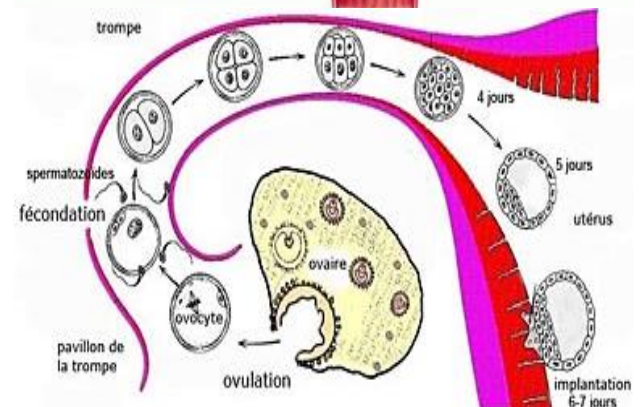
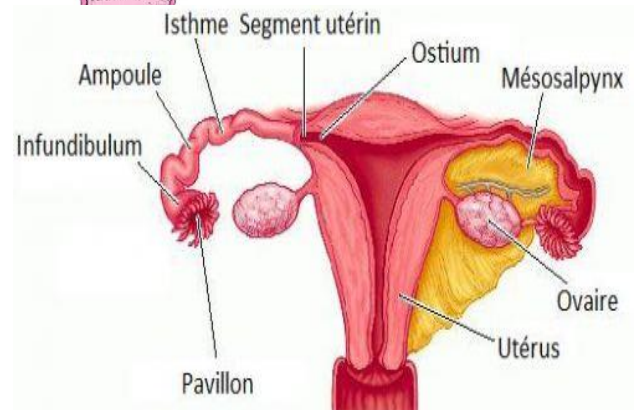
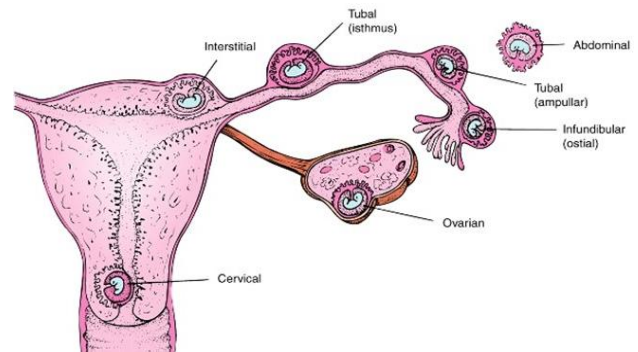
Grossesse Extra-Utérine

Définition

Implantation et développement de l'œuf en-dehors de la cavité utérine (trompes ++, ovaires, cavité abdominale)

Intérêt

- **Fréquence** : en augmentation, vu la recrudescence des salpingites, le recours à la chirurgie tubaire et la contraception par DIU
- **Gravité** : première cause de mortalité maternelle au 1^{er} trimestre, compromet la fertilité des patientes
- **Diagnostic** : souvent difficile, basé sur le couple β -HCG et l'échographie endo-vaginale
- **Traitement** : arsenal thérapeutique large : de l'abstention au traitement chirurgical radical en passant par le traitement médical

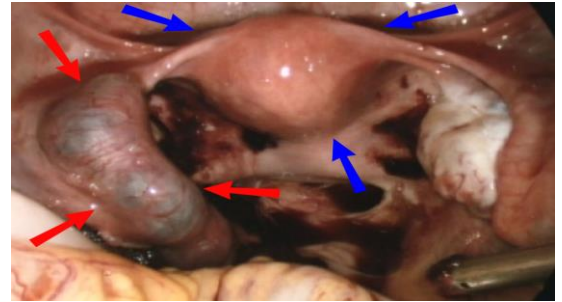
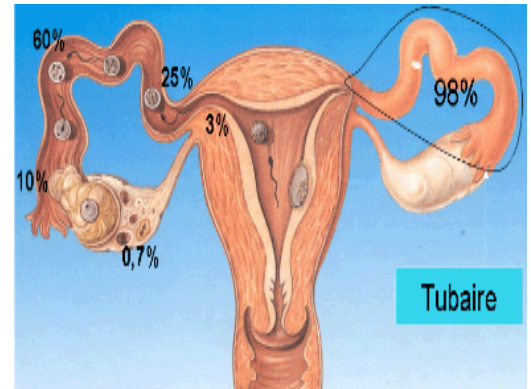


Physiopathologie

- **Théorie étiopathogénique** :
 - **Retard de captation ovulaire** : la fécondation s'effectue dans la cavité péritonéale → nidation avant l'arrivée dans la cavité utérine
 - **Retard de transport de l'œuf** : séquelle d'infection spécifique ou non spécifiques, limitation de mobilité tubaire par adhérence ou fibrose de paroi tubaire, synéchie intra-tubaire
 - **Reflux tubaire** : Procréation Médicalement Assistée (PMA) +++
- **Facteurs de risque et étiologies** :
 - **Infection** : à *Chlamydia Trachomatis*, responsable de séquelles inflammatoires
 - **Tabagisme** (actif ou passif) : par diminution de la motilité tubaire ciliaire des trompes
 - **Endométriose tubaire**
 - **Tuberculose génitale**
 - **Stérilité**
 - **Causes iatrogènes** : chirurgie tubaire, contraception hormonale (pilule micro-progestative, DIU x 10 le risque de GEU), inducteurs de l'ovulation et PMA
- **Mécanismes** : nidation ectopique → développement de grossesse → distension tubaire progressive et érosion des vaisseaux → hémato-salpinx → rupture tubaire → hémopéritoine → choc hémorragique

Anatomopathologie

- **Localisation :**
 - Dans la grande majorité des cas 98% sont tubaires :
 - 60% ampullaire, cette portion élastique et large permet une évolution plus longue
 - 25% isthmiques, se révèlent plus précocement
 - Rarement interstitiel
 - Plus rarement, la GEU est abdominale, cervicale ovarienne, d'évolution prolongée parfois jusqu'à terme
- **Aspects :**
 - **Macroscopie :** elle réalise une 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. La musculature est amincie, érosion des vaisseaux de la membrane qui nourrissent l'œuf. L'utérus grossit peu et sa muqueuse subit une transformation déciduale



Etude clinique

- Le diagnostic clinique de la GEU reste difficile, car absence de parallélisme anatomo-clinique.
- C'est une pathologie polymorphe et trompeuse.

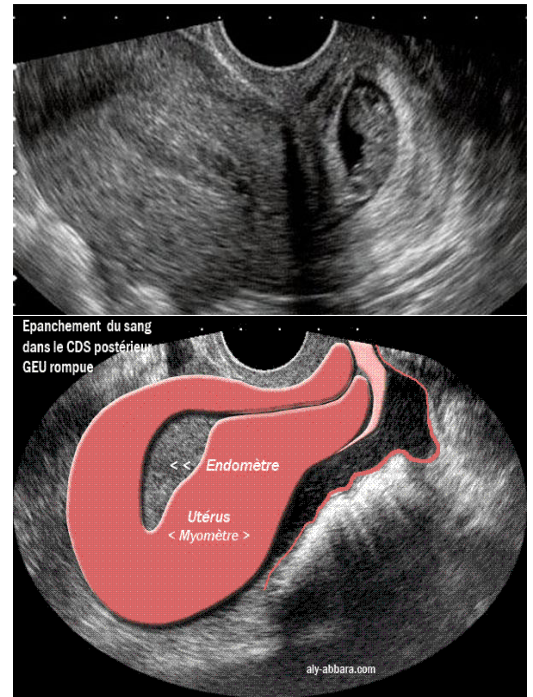
Type de description : hémato-salpinx à son stade de début

- **Signes cliniques :**
 - **Signes fonctionnels :**
 - **Retard des règles** (aménorrhée)
 - **Douleurs hypogastriques :** basses, unilatérales, à type de colique ou de torsion, accompagnées de lipothymie
 - **Métrorragies :** peu abondantes, faites de sang noirâtres (sépia)
 - **Signes sympathiques de grossesse :** inconstants
 - **Interrogatoire :** recherchera les facteurs de risque
 - **Examen clinique :**
 - **Spéculum :** col violacé, mou, le saignement ayant une origine endo-utérine
 - **TV :** apprécie le volume utérin, habituellement, plus petit que ne le voudrait l'âge gestationnel. On recherche une masse latéro-utérine mobile, sensible
 - Le ventre respire bien, la palpation est légèrement douloureuse, mais sans défense
- **Examen paraclinique :**
 - **Dosage quantitatif de l'HCG :** plus que le taux, c'est la cinétique des β -HCG qui a un intérêt diagnostique
 - Le temps de dédoublement des β -HCG est de 48 heures dans la plupart des grossesse évolutives
 - **Seuil de discrimination :** grâce à l'échographie endo-vaginale, le diagnostic de GEU est porté si une grossesse intra-utérine n'est pas visible pour un taux de 1.500 UI/ml

➤ **Echographie :**

- **Signes directs :** masse annexielle :
 - ✓ **Sac gestationnel :** contenant l'embryon et la vésicule vitelline, l'activité cardiaque est parfois visible
 - ✓ **Hématosalpinx :** masse latéro-utérine hétérogène
- **Signes indirects :**
 - ✓ **Vacuité utérine :** un sac gestationnel intra-utérin est normalement visible à la 5^e SA en endo-vaginal pour un seuil à 1500 UI/ml
 - ✓ **Épanchement péritonéal :** image anéchogène de taille variable, le plus souvent limité au douglas
 - ✓ Endomètre épais, gravide

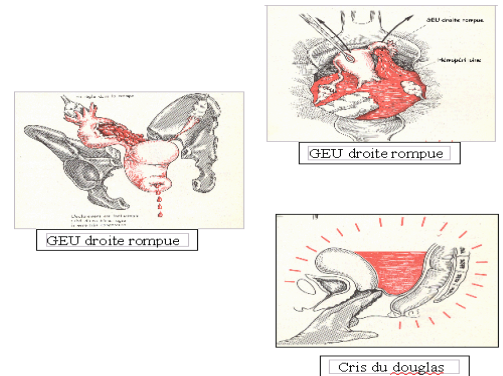
Remarque : une échographie normale ne permet pas d'exclure le diagnostic de GEU quand les β -HCG sont positifs, faudra répéter les examens



- **Culdocentèse :** autrefois, pour le diagnostic de l'hémoprotéine, actuellement l'échographie
- **Cœlioscopie :** si doute diagnostique (n'est plus indispensable pour le diagnostic), intérêt dans le traitement
- **NFS + groupage sanguin :** retentissement du saignement, nécessité de transfusion, bilan d'opérabilité

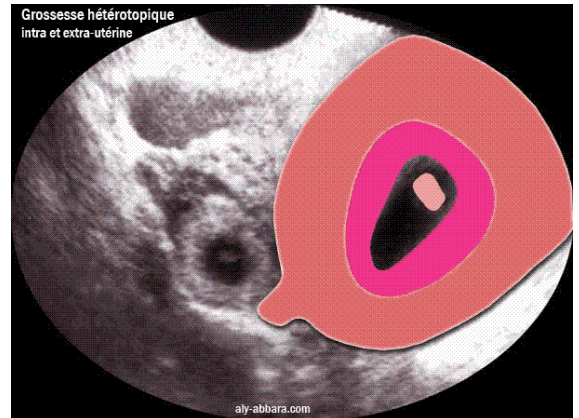
Formes cliniques

- **Inondation péritonéale :** extrême urgence diagnostique et thérapeutique.
 - **Douleur hypogastrique :** brutale, atroce, rapidement suivie d'épisodes de syncopes
 - **Examen général :** met en évidence un état de choc en rapport avec l'anémie aiguë
 - **Abdomen :** parfois ballonné, à la palpation, on perçoit une défense pariétale et la percussion peut mettre en évidence une matité des flancs.
 - **TV :** provoque le cri de Douglas
 - **Echographie :** met en évidence un hémopéritoine abondant, rarement, la grossesse ectopique.
 - **Immédiatement :** hospitalisation, groupage sanguin, bilan standard, réanimation, transfusion et laparotomie en urgence (en parallèle)
- **Hématocèle enkystée :** c'est une forme rare qui est le résultat d'une évolution longue.
 - La patiente se présente avec un abdomen douloureux
 - **TV :** déclenche le cri de Douglas et retrouve un Douglas qui bombe dans le vagin
 - **Echographie :** confirme la présence d'un épanchement liquidien ou d'une masse mal limitée dans le Douglas
 - L'intervention s'impose



- **Formes atypiques :**

- **Formes pauci-symptomatiques :** la triade classique (douleurs + métrorragies + masse annexielle) n'est alors retrouvée que dans 45 % des cas
- **Formes pseudo-abortives :** le diagnostic peut être évoqué devant un avortement peu hémorragique, à col fermé avec aspect de pseudo-sac.
- **Formes pseudo-infectieuses :** syndrome douloureux et fébrile du pelvis + métrorragies. Le diagnostic repose sur les HCG + coéloscopie
- **Association grossesse extra- et intra-utérine** → grossesse hétérotopique



Traitement

- **Objectifs :** c'est une urgence diagnostique et thérapeutique
 - Supprimer la GEU
 - Préserver la fertilité
 - Limiter les risques de récives
 - Réduire au maximum la morbidité thérapeutique

- **Méthodes :**

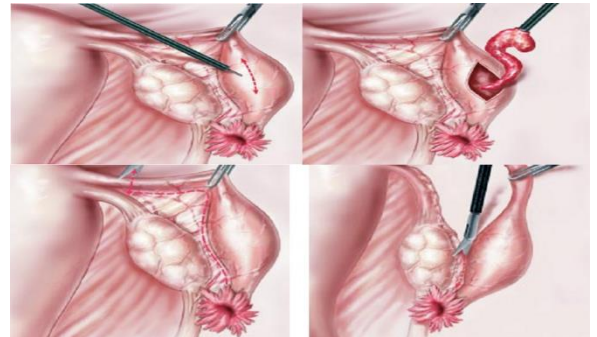
- **Chirurgie conventionnelle :**

- **Traitement radical :** par salpingectomie (on enlève toute la trompe)
- **Traitement conservateur :** par expression tubaire ou par césarienne tubaire



- **Coelio-chirurgie :** est actuellement le traitement habituel

- **Traitement conservateur :** césarienne tubaire (incision de la trompe, extraction de la GEU) et toilette péritonéale
- **Traitement radical :** salpingectomie
- Ces techniques facilitent les suites opératoires, diminuent les adhérences post-opératoires et abrègent la durée d'hospitalisation



- **Traitement médical :** permet d'éviter les risques liés à l'anesthésie et à la chirurgie

- **Méthotrexate® :** par voie générale, cet antimétabolite bloque le développement du trophoblaste qui se résorbe spontanément. Le protocole du service est une injection unique en IM de 1 mg/kg avec dosage des β -HCG à J4 et J7

- ✓ Echec du traitement médical si β -HCG n'ont pas diminué de 15% à J7 par rapport à J4, et dans ce cas → 2^e injection
- ✓ La chute puis la négativation du taux des HCG confirme la guérison

- **Abstention thérapeutique :** peut se justifier chez une femme très coopérante qui se fait suivre et si le taux des β -HCG < 500 UI/ml et décroît spontanément, car une proportion des GEU guérissent spontanément

- **Indications :**
 - **Laparotomie :** garde encore certaines indications :
 - Rupture cataclysmique de GEU avec état de choc hémorragique
 - Femmes très obèses ou avec pelvis très adhérentiel
 - Absence de matériel adéquat ou de pratique de la coelio-chirurgie
 - **Coelio-chirurgie :** est, dans les pays développés, le traitement habituel de 95 % des GEU.
 - **En cas de traitement conservateur :** une surveillance post opératoire du taux d'HCG est indispensable. Ce taux doit franchement baisser à 48h
 - **Salpingectomie :** est indiquée quand l'hémato-salpinx fait plus de 6 cm, l'état tubaire est très mauvais et laisse penser qu'il aura une récurrence et si l'hémostase est impossible
 - **Traitement par Méthotrexate :** par voie locale ou générale, prend de plus en plus de place. Il peut être proposé si certaines conditions sont présentes : le diagnostic ne fait aucun doute, le sac est bien visible en échographie < 3 cm, la patiente accepte à se soumettre à une surveillance stricte...
 - **Abstention thérapeutique :** peut être proposée dans certains cas à conditions que le taux des HCG < 500 UI/ml. La surveillance se fera par la clinique, échographie, dosage des HCG plasmatiques 3 à 4 jours jusqu'à négativation
- **Après l'intervention :**
 - Proposer une contraception efficace par œstro-progestatifs pendant quelques mois
 - Le DIU et les micro-progestatifs sont contre indiqués
 - Echographie précoce lors de la grossesse ultérieure à la recherche de récurrence

Pronostic

- La GEU reste encore une cause de mort maternelle
- L'avenir obstétrical des femmes opérées pour GEU peut être compromis : problème de stérilité, récurrence
 - 50 % restent stériles involontairement
 - 30 % auront des enfants
 - 15 % feront une seconde GEU

Conclusion

- Penser à la GEU devant des métrorragies et/ou douleurs pelviennes chez toute femme en âge de procréation
- Urgence diagnostique et thérapeutique
- Trépied diagnostic : clinique, β -HCG et échographie
- Coelioscopie → traitement de référence