

## **GROSSESSE EXTRA UTERINE**

### **I. INTRODUCTION:**

#### **1. Définition:**

Implantation de l'œuf en dehors de la cavité utérine Au niveau des trompes, ovaires, cavité abdominale.

### **II. PHYSIOPATHOLOGIE:**

#### **a. Rappel physiologique :**

La fécondation se fait dans l'ampoule d'une des deux trompes. L'œuf fécondé va ensuite cheminer dans la lumière tubaire ; jusque dans la cavité utérine ou se fera la nidation. Cette migration se fait grâce a la motilité tubaire physiologique. la nidation se fait 7 jours après la fécondation quel que soit l'endroit ou se trouve l'œuf.

Tous les facteurs perturbant la motilité tubaire et empêchant la migration de l'œuf favorisant la GEU

#### **b. Etiopathogénie:**

##### **b.1 Théorie Etiopathogénique**

###### ***❖ 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
- Déciliation de la muqueuse tubaire
- Synéchie intra tubaire

-Autres lésions tubaires: diverticule congénital, crypte glandulaire d'endométriose, fibrome, kyste

#### ❖ *reflux tubaire*

Sous l'effet de perturbation hormonale, le blastocyste est renvoyé dans la trompe 6 à 7 j après l'ovulation à une date où le trophoblaste est un tissu particulièrement agressif : ce qui explique la GEU après FIV

### **b.2. Facteurs de risque**

- Infection génital haute : IST et leurs complications en particulier Infection à chlamydia trachomatis responsable de séquelles inflammatoire

-Tabagisme actif ou passif par diminution de l'activité contractile des trompes

-Endométriose tubaire

-Tuberculose génitale

-Chirurgie tubaire : chirurgie conservatrice de GEU, chirurgie de la stérilité tubaire : anastomose TT sur trompe saine

-Contraception hormonale : pilule micro dosée : action inhibitrice sur les contractions membranaire

Pilule du lendemain : teneur augmentée en œstrogène spasmolytique au niveau de l'isthme

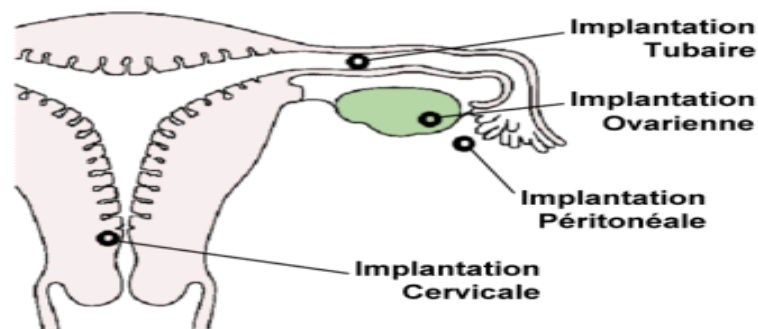
-DIU : n'est pas réellement un facteur de risque de GEU ; il prévient moins bien la GEU que la grossesse intra utérine

-Inducteurs de l'ovulation et AMP : perturbation hormonale ( clomid) puis de reflux tubaire, la gravité de AMP réside dans le fait que 1% des grossesse obtenues sont hétérotopiques

-Exposition in utero au Distilbène

### **III. LOCALISATION :**

Dans la grande majorité des cas 98% sont tubaires, 78% ampullaire, cette portion élastique et large permet une évolution plus longue 20% sont isthmiques se révèlent plus précocement, rarement interstiel Plus rarement la GEU est abdominale, ovarienne, d'évolution prolongée jusqu'à terme



## **IV. CLINIQUE**

### **A. forme typique GEU ampullaire jeune non rompue**

#### **A.1. motif de consultation :**

- Retard de règle
- Métrorragies minimales distillantes sépia
- Douleur pelvienne à type de pesanteur vers les OGE ; souvent unilatéral
- Vertige, lipothymie ; parfois tendance syncopale
- Métrorragie sans aménorrhée avec FDR, évoquer la GEU
- L'interrogatoire : recherchera les FDR

#### **A.2. signes physiques :**

- signes généraux : l'examen général (pouls, température, TA) est souvent normal
- Signes physiques : à la palpation : douleur provoquée au niveau de la FID ou hypogastre
- Spéculum : col violacé gravide, saignement endo utérin
- TV combiné au PA : classiquement retrouve un utérus de taille plus petite que ne le voudrait l'aménorrhée, une masse latéro utérine sensible indépendante de l'utérus, mal limitée : petite chose de mandor

### **B. formes trompeuses :**

#### **B.1. forme pseudo abortive :**

Cette forme mime une fausse couche, avec métrorragie abondante et coliques expulsives  
Dg redressé à l'anapath

#### **B.2. Forme pseudo-salpingitique :**

- Associe: douleurs pelviennes, hyperthermie hyperleucocytose mais dans la GEU, il ya pas de leucorrhées ni cervicite ;la glaire est propre et non purulente

### **C. formes cliniques :**

#### **C.1. Formes compliquées :**

##### **❖ GEU rompues :**

État de choc hémorragique avec inondation péritonéale

- Signes généraux : pouls filant, tachycardie, TA imprenable, trouble de la conscience
- Signes fonctionnel : douleur brutale, syncopale
- Signes physique : syndrome péritonéal net avec abdomen hyper algique, défense, cri du douglas au TV

❖ *ABRT tubo abdominal :*

- Signes fonctionnels : douleur pelvienne, métrorragie, vertiges
- Signes d'anémie et signes de résorption sanguine (sub ictère, fébricule)
- Signes physique : masse latéro utérine importante
- Cul de sac de douglas : sensible et empâté
- Coelio : trompe volumineuse, violacée avec un pavillon qui accouche de caillots de sang

❖ *Hématocèle : GEU chronique :*

- Signes fonctionnels : douleur abdominale exacerbée à la marche, à la miction et à la défécation avec épreinte et ténésme
- Signes physique : TV+PA : volumineuse masse à limite imprécise, sensible, de consistance variable comblant le douglas
- L'hématocèle semble survenir après une rupture tubaire à bas bruit ou un ABRT tubo abdominal

**NB :** dans un cas sur deux les B HCG sont négatifs

❖ *Grossesse cervicale: rare; de mauvais pronostic*

**D -Autres formes:**

- **Forme hétérotopique** : rarement spontanées, + fréquentes si FIV, le traitement est compliqué par soucis de préserver la GIU
- **GEU après hystérectomie** : des les jours qui suivent mais aussi des années après hystérectomie
- **GEU bilatérale** : doit être évoquée si échec au traitement chirurgical

**V. PARACLINIQUE :**

**1.Dosage quantitatif de l' HCG :**

- Plus que le taux, c'est la cinétique des B HCG qui a un intérêt diagnostique
- Le temps de dédoublement des B HCG est de 48h dans la plus part de la grossesse évolutive
- Le seuil de discrimination : grâce à l'écho endovaginale, le diagnostic de GEU est porté si une GIU n'est pas visible pour un taux de 1500UI
- En dessous de ce seuil, il faut :
  - Une diminution de plus de 50% : fausse couche, répéter le taux de BHCG à j2 puis j4
  - Augmentation de + de 50% : GIU possible
  - Une augmentation ou diminution inférieur à 50% : GEU probable
  - Valeur : B HCG et risque de rupture tubaire : le risque n'est pas lié au taux de B HCG, il peut exister un taux de 10 à 190000 UI/L

## 2.Écho endovaginale :

✓ *De première intention :*

### ❖ Signes directs :

- Masse annexielle : l'exploration doit commencer par le repérage des ovaires et du corps jaune
- La GEU est situé dans 85% du coté du CJ
- Il peut s'agir :

Un sac gestationnel avec embryon et AC +

Sac vide d'écho entouré d'une paroi épaisse

Image arrondie ou ovale anéchogène entouré d'une couronne

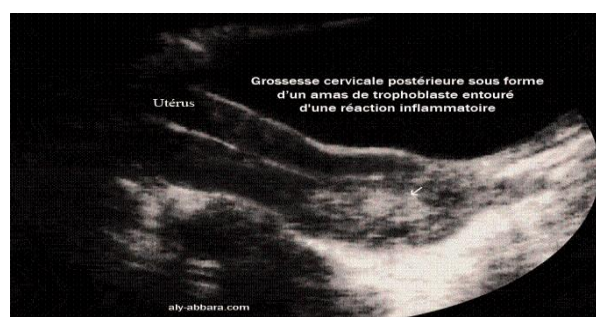
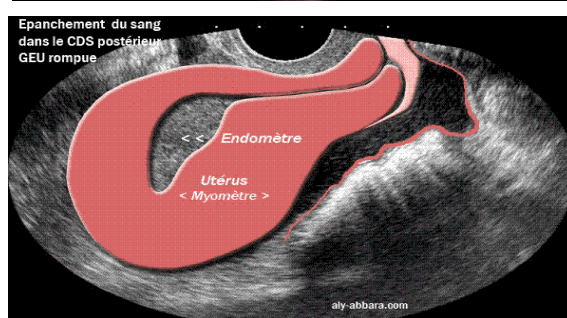
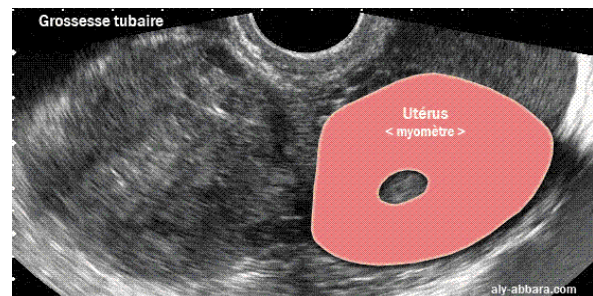
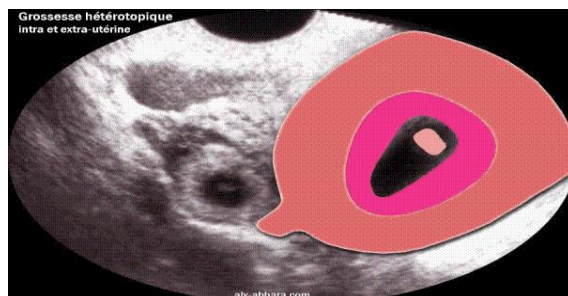
Image anéchogène hétérogène peu spécifique mais très suspecte dans le

contexte

- Hématosalpinx : image hétérogène situé dans l'axe de la trompe
- Hématocèle : image anéchogène, hétérogène complexe située dans le douglas

### ❖ Signes indirects

- Vacuité utérine : un sac gestationnel intra utérin est normalement visible à la 5 eme SA en endovaginale pour un seuil à 1500UI/ml Cependant l'existence d'un sac GIU expose à 2 pièges qu'il faut savoir éviter :
  - \* La grossesse hétérotopique
  - \* Le pseudo sac gestationnel : image anéchogène de quelque mm, à limites peu nettes :c'est une est une décidualisation de l'endomètre et hémorragie end cavitaire Se présente comme image médio cavitaire sans couronne trophoblastique
- Epanchement péritonéal : image anéchogène de taille variable , le plus souvent limité au douglas
- Une échographie normale : ne permet pas d'exclure le diagnostic de GEU quand les BHCG sont positifs, faudra répéter les examens



### **3.Cœlioscopie :**

au moindre doute ; elle permet diagnostic ;le traitement et le bilan d'infertilité

## **VI. TRAITEMENT :**

### **A. objectifs :**

- Supprimer la GEU
- Réduire au max la morbidité thérapeutique
- Limiter les risques de récives
- Préserver la fertilité

### **B. moyens :**

#### **B.1. Abstention :**

l'abstention thérapeutique peut être envisagée dans certaines situations :faible taux d'hCG avec GEU asymptomatique.

Certaines conditions sont nécessaires en cas d'abstention thérapeutique :

- ❖ Patiente informée et compliant à un suivi rapproché.
- ❖ Surveillance de la décroissance du taux d'HCG toutes les 48heures jusqu'à leur négativation complète.

#### **B.2.Traitement médical :**

- Méthotrexate :

Antagoniste de l'acide folique, inhibe la multiplication

- Traitement par injection multiples : 1 mg/kg à j0 j2 j4 j6
- Traitement par injection unique : 50mg/m<sup>2</sup> en IM à j1 avec dose de l' HCG à j4 et à j7 puis une fois par semaine jusqu'à négativation
- Bilan pré thérapeutique :

FNS ; Bilan hépatique : TGO TGP ; ionogramme sanguin ; bilan rénal

Le traitement médical est recommandé si tous les critères suivants sont présents :

- HCG inférieur à 1000ui /ml.
- GEU asymptomatique.
- GEU non visible l'échographie.
- absence de contre indication au MTX.
- patiente compliant ; capable de se soumettre à une surveillance prolongée du taux d'HCG.

#### **B.3.Traitement chirurgicale**

Comprend toujours 3 temps opératoires: après toilette péritonéale

- Diagnostique : visualisation et localisation de la GEU
- Pronostique pour la fertilité ultérieure : exploration pelvienne : visualisation de l'état de la trompe atteinte et de la trompe controlatérale.
- Thérapeutique : traitement chirurgical de la GEU.

➤ **Deux voies d'abord :**

• Laparotomie

Indiqué si : état hémodynamique instable CI à la Coelio (patiente multi opérée) ; technique non maîtrisée par l'opérateur ; les conversions secondaires pour difficulté d'hémostase et un hémopéritoine important avec hémodynamique instable.

• Cœlio chirurgie : actuellement traitement de référence de la GEU est recommandé dans les situations suivantes :

- hémodynamique instable.
- HCG $\geq$ 5000mUI/ml.
- Hématosalpinx supérieur à4cm.
- Contre -indication au traitement médical.
- impossibilité d'un suivi ambulatoire

➤ **Il ya deux alternatives thérapeutiques:**( ce qui fait par laparotomie se fait par cœlioscopie)

\* Conservateur: Salpingotomie (ouverture de la trompe) et aspiration de la GEU

\* Radicale : Salpingectomie (ablation de la trompe)

Après intervention envoyer systématiquement de la trompe et/ou de la grossesse supposée en anapathologie.

**B.5.Surveillance du traitement chirurgical :**

Traitement conservateur avec risque de persistance du trophoblaste :

En Postopératoire. :

- BHCG 48h après : si diminution 15% : arrêter la surveillance, si persistance : MTX
- Traitement radical : inutile sauf si greffe trophoblastique péritonéale observée en per opératoire, BHCG 15 j en post opératoire

**NB**

*Si rhésus négatif* : prévention de l'allo immunisation fœto-maternelle par injection de gammaglobulines dans les 72heures.

**VII. Pronostic :**

Le pronostic est dominé par le risque de récurrence et de stérilité tubaire.

**VIII. Contraception après GEU :**

Etant donné le risque de récurrence ; il faut préférer une méthode contraceptive capable de bloquer l'ovulation .l'idéal est de prescrire une contraception œstroprogestative

**IX. Conclusion :**

La grossesse extra utérine est encore la grande angoisse de la consultation en gynécologie en raison de l'ubiquité de sa présentation clinique qui va engendrer un grand nombre d'erreur diagnostique ; c'est pour cette raison qu'il faut y penser toujours ; c'est ne pas y penser assez.