

La grossesse extra utérine

Dr messaoudi

1- Définition

- C'est l'implantation et le développement d'une grossesse en dehors de la cavité utérine
- L'incidence de la GEU est 1 à 3 % des grossesses
- la GEU peut mettre en jeu le pronostic vital par le biais d'une rupture tubaire
- Devant toute douleurs ou de métrorragies chez une patiente en activité génitale= GEU jusqu'à preuve du contraire

2-Physiopathologie et facteur de risque

- La nidation se fait vers le 7 jours après la fécondation.

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

1. Lésion tubaire: ATCD salpingite, GEU, chirurgie tubaire, endométriose tubaire

2. Utérus Distorsionné

3. Tabac

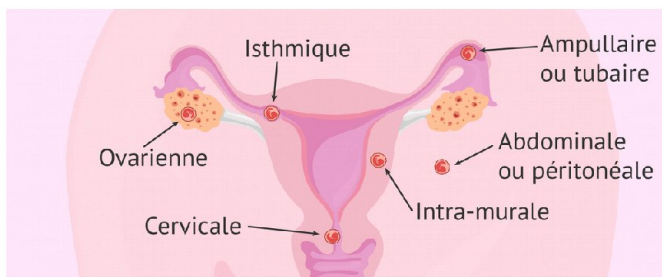
4. DIU

5. FIV

6. Pilule microprogestative

3-Localisations possible :

- ° Ampullaire 60%
- ° Pavillonnaire 10%
- ° isthmique 25%
- ° interstitielle 2%



4-Histoire naturelle de la GEU

Nidation ectopique de la grossesse

→ développement de la grossesse → distension

progressive et érosion des vaisseaux tubaire → hématosalpinx → rupture tubaire → hémopéritoine → état de choc

5-Diagnostic clinique

* Interrogatoire:

- triade clinique: retard des règles, métrorragies sépias, douleurs pelviennes latéralisées
- FDR de GEU
- GRH
- douleur scapulaire = hémopéritoine
- signes sympathique de grossesse

* TA, pouls=choc hypovolémique

* Palpation abdominale: douleur provoquée, défense (irritation péritonéale)

6-Bilan a demandé dans L'immédiat

- Echographie pelvienne

1. Signes directs: MLU: sac gestationnel avec ou sans écho embryonnaire avec ou sans AC

* hématosalpinx= image hétérogène

° Speculum: origine endo utérine du saignement

° TV : - utérus inférieur a AG

- douleur a la mobilisation + MLU

- douleur et empatement au niveau du CDS douglas post: irritation péritonéale en rapport avec un

hémopéritoine ou hématocele enkystée

2. Signes indirects: vacuité utérine, endomètre épais ,épanchement dans le cul de sac de douglas, pseudo sac

- Dosage plasmatique de l'HCG plasmatique :

BHCG > ou = a 1500 UI/L+ uterus vide=GEU

7-Pris en charge de ia GEU pauci ou asymptomatique

* Le traitement par Metho 1mg/kg si:

- Aucun critère de gravité n'est présent
 - Taux < 5000 UI/l
 - Hématosalpinx < 4 cm
 - Pas de Ci (ica rénale, hépatique, respiratoire, anomalie du bilan de coagulation)
 - Patiente compliant et habite a moins d'une heure de l'établissement
- *Effets secondaires: nausées, vomissements, diarrhées, (thrombopénie, anémie, leucopénie)
- * A jr 3 douleur parfois très importante = faut suspecter une rupture tubaire
- *Injection en IM+ BHCG a 45h, j4, j7 puis / SA jusqu'à négatation
- * Un bilan pré méthotrexate est obligatoire:
- Gr h RAI
 - NFS, TP, TCA
 - Urée, crea
 - TGO, TGP
 - ionogramme sanguin
- *Surveillance du trt médicale:
- Clinique: métorragie, douleur. tolérance hémodynamique
 - Bio : décroissance du taux de BHCG, NFS, plaquette une semaine après le m
 - Echo : chaque semaine

8-Prise en charge des GEU symptomatiques

* Un seul critère de gravité définit l'urgence chirurgicale:

- Instabilité hémodynamique
- Défense abdominale
- Hémopéritoine a l'échographie

* En absence de ces 3 critères; la chirurgie est indiquée:

- Algique AC +
- Taux de BHCG > 1500 UI/L hématosalpinx > 4 cm
- Récidive homolatérale suivi en ambulatoire difficile
- CI au Métho

La cœlioscopie est le choix de référence:

- Dg: localisation de la GEU
- TRT: salpingotomie ou salpingéctomie
- Pc: état de la fertilité

Le traitement conservateur doit être privilégié pour préserver la fertilité

Suivi de la décroissance du taux BHCG si trt conservateur