



Grossesse extra-utérine



Dr;Chouali leila
Maitre Assistante Hospitalo-Universitaire
Gynecologie Obstetrique



Grossesse extra-utérine

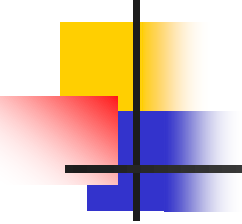
- ***Plan***

- **Introduction**
- **Épidémiologie**
Physiopathologie
- **Diagnostic de la grossesse extra-utérine**
- **Traitement**
- **Conclusion**



Introduction

- La GEU est définie comme l'implantation d'une grossesse en dehors de l'utérus.

- 
-
- Urgence médicochirurgicale
 - Première cause de mortalité maternelle au 1er Trimestre
 - Infertilité secondaire dans 20 à 60% des cas



Épidémiologie

- Incidence

2 % des naissances vivantes



PHYSIOPATHOGENIE

- Fécondation: 1/3 ext de la trompe
- Séjour ampoule: 3 j
- Migration à travers l'isthme: 8 h
- Arrivée cavité utérine: J4
- Nidation: J6

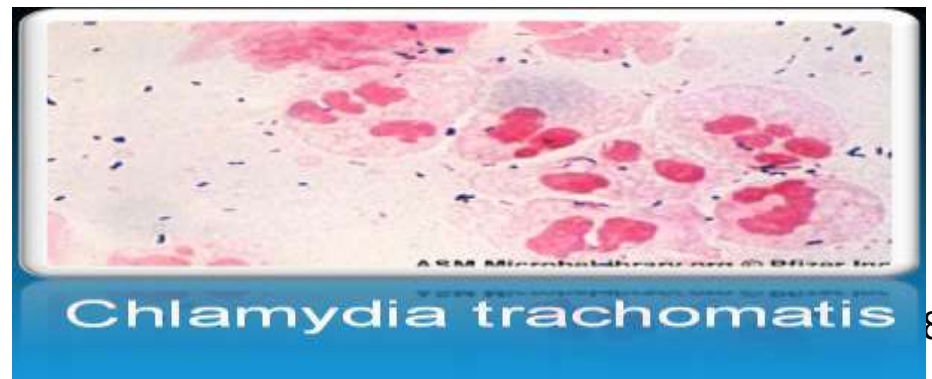


Épidémiologie

- Facteurs de risque
 - **Impact majeur**
 - DIU Stérilisation tubaire
 - Antécédent GEU,
 - Antécédent chirurgie tubaire,
 - Exposition au distilbène?
 - Antécédent lésion tubaire
 - **Impact modéré**
 - Antécédent gonorrhée,
 - Antécédent *Chlamydia*,
 - infection pelvienne,
 - Antécédent d'infertilité,
 - Tabagisme,
 - Nombre de partenaires sexuels > 1
 - **Impact faible**
 - Contraception hormonale,
 - Antécédent DIU,
 - Antécédent chirurgie abdominopelvienne,
 - Âge du premier rapport sexuel

Physiopathologie

- Facteurs de risque et étiologie
 - Infection à « Chlamydia trachomatis »
 - Tabagisme actif et passif
 - Anomalies de l'œuf
 - Cas particulier : grossesse extra-utérine et procréation médicalement assistée

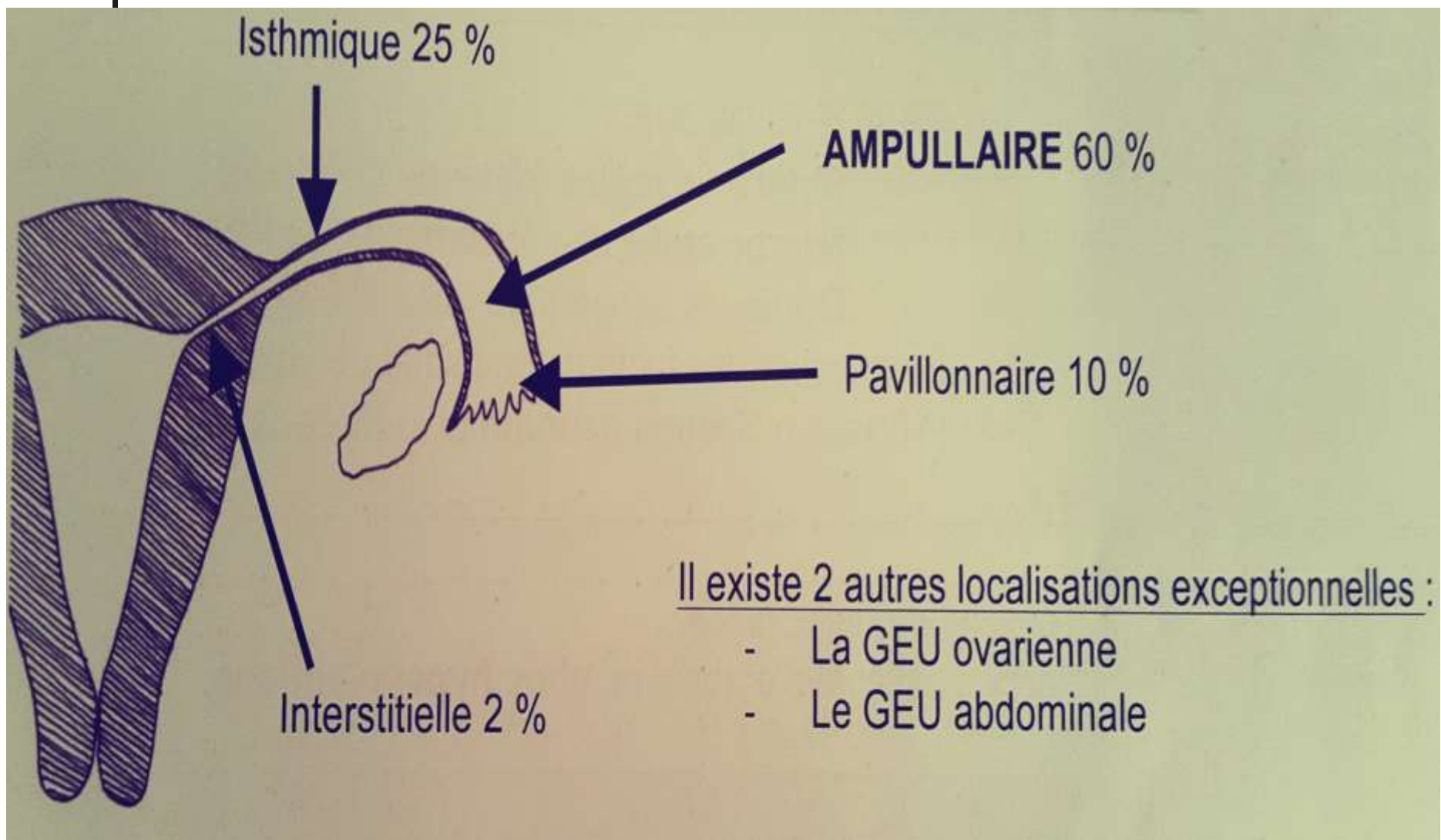




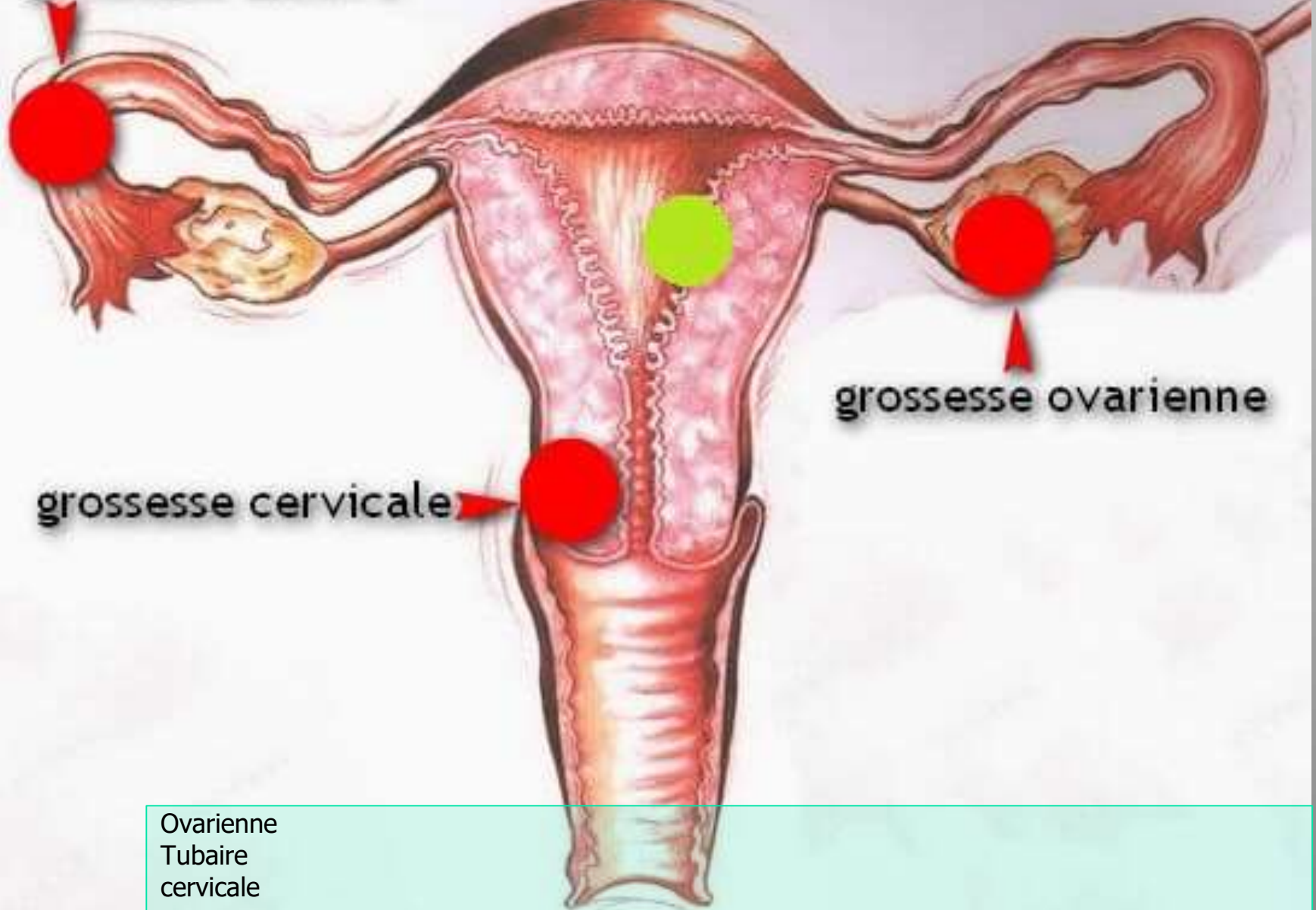
Physiopathologie

- Siège de la nidation
 - La localisation tubaire est la plus fréquente (96 à 99 % des cas).
 - Le plus souvent, la GEU est localisée dans l'ampoule (60 à 92 %)
 - L'isthme est une localisation plus rare (8 à 25 %)
 - Les localisations interstitielles sont rares (2 %)
 - Les localisations ovariennes sont rares (- de 1 %)
 - les GEU abdominales pures correspondent à l'implantation du trophoblaste sur le péritoine

❖ Localisations possibles des GEU:



grossesse tubaire



grossesse ovarienne

grossesse cervicale

Ovarienne
Tubaire
cervicale



Physiopathologie

- Modes d'implantation
 - Implantation superficielle dite « intraluminaire » 56 %
 - Le trophoblaste s'implante superficiellement sur la muqueuse tubaire
 - L'apport vasculaire est faible
 - La musculature n'est le plus souvent pas concernée
 - La guérison spontanée est possible
 - Implantation profonde dite « extraluminaire » 7 %
 - Le trophoblaste se développe en dehors de la lumière
 - le plus souvent la muqueuse et la musculature tubaire sont respectées
 - Implantation mixte 37 %
 - lésions de la muqueuse et de la musculature tubaire
 - Peut continuer à se développer sur le péritoine
 - L'apport vasculaire est important.
 - Dans ces cas, les ruptures tubaires sont les plus hémorragiques.



Physiopathologie

- Théories étiopathogéniques
 - *Anomalie de captation de l'ovocyte*
 - *Retard de migration*
 - hormonale : insuffisance lutéale
 - mécaniques : perturbations des cellules musculaires lisses tubaires ou des cellules ciliées
 - *Reflux tubaire*



Physiopathologie

- Histoire naturelle
 - Hématosalpinx :
 - le saignement se collecte dans la trompe et conduit à une dilatation tubaire
 - Rupture tubaire
 - l'évolution ultime d'un hématosalpinx
 - l'envahissement de la paroi tubaire par le trophoblaste
 - Avortement tuboabdominal
 - La GEU se sépare alors de la paroi tubaire et est évacuée par le pavillon
 - la guérison spontanée
 - la grossesse ectopique abdominale
 - l'hématocèle enkysté



***TROUBLE DE CYCLE Chez une
Femme en âge de procréer***



***GEU jusqu'à preuve du
contraire***

Diagnostic

Clinique

bHCG quantitatif

Échographie
pelvienne

Asymptomatique

CHOC

Diagnostic de la grossesse extra-utérine

- Interrogatoire
 - Il recherche l'ensemble des facteurs de risque précédemment décrits
- Signes cliniques
 - La symptomatologie clinique de la GEU est hétérogène, allant
 - de la forme asymptomatique de découverte fortuite
 - à l'état de choc hémorragique
 - Le tableau classique associe
 - aménorrhée 70 % ,
 - douleurs pelviennes 90 % ,
 - métrorragies
 - Autres symptômes



- Examen clinique

- Tension artérielle, fréquence cardiaque
 - + svt normale
 - Si Choc : dim TA et FQ cardiaque
- Palpation abdominale
 - sensibilité sus-pubienne, une douleur provoquée en fosse iliaque, défense
- Examen au spéculum
 - confirme l'origine endo-utérine des saignements
- Toucher vaginal
 - utérus de taille plus petite que ne le suggérerait l'aménorrhée
 - une masse annexielle sensible (50 %)
 - une douleur d'un cul-de-sac (90 % des cas).



- Bilan paraclinique

Le couple β -hCG - échographie reste indispensable en cas de suspicion de GEU.



- Bilan paraclinique : β -hCG

- β -hCG

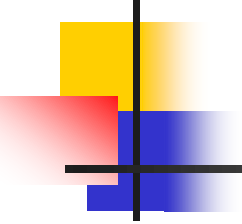
- L'hCG est une hormone glycoprotéique produite par le blastocyste avant l'implantation.
- deux sous-unités alpha et bêta
- l'hCG dans le plasma dès le huitième jour postovulatoire, soit dès le 22e jour du cycle,

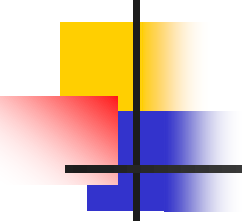
- Précaution d'utilisation

- trois standards de référence pour le dosage
- seuls les taux de β -hCG issus d'un même laboratoire peuvent être comparés

- Dosage qualitatif

- Dosage quantitatif

- 
- Bilan paraclinique : : β -hCG
 - Cinétique des β -hCG
 - le temps de doublement des β -hCG est de 48 heures dans la plupart des GIU évolutives
 - une diminution de plus de 50 % des β -hCG rend la fausse couche spontanée (FCS) très probable,
 - une élévation de plus de 50 % des β -hCG rend la GIU possible,
 - enfin une diminution ou une élévation de moins de 50 % rendent le diagnostic de GEU plus probable
 - Seuil de discrimination
 - Le seuil de discrimination est défini comme la valeur d'hCG la plus faible au-delà de laquelle un sac endo-utérin peut toujours être visualisé par échographie endovaginale
 - 1 500 UI/L

- 
- Bilan paraclinique : Échographie pelvienne
 - Échographie abdominale (vessie pleine)
 - Échographie endovaginale (vessie vide) +++
 - Signe direct de GEU : masse annexielle
 - Localisation : masse annexielle anormale située près de l'ovaire
 - Description
 - sac vide
 - sac contenant un embryon avec une activité cardiaque
 - *Hématosalpinx*
 - *Hématocèle.*
 - Signes indirects de GEU
 - Vacuité utérine
 - Épanchement péritonéal
 - Bilan paraclinique : ———> Coelioscopie diagnostique

Echographie pelvienne



Signes indirects:

- Vacuité utérine , parfois pseudosac
- Endomètre épais
- Epanchement péritonéal

Mais une échographie normale n'exclut pas le diagnostic

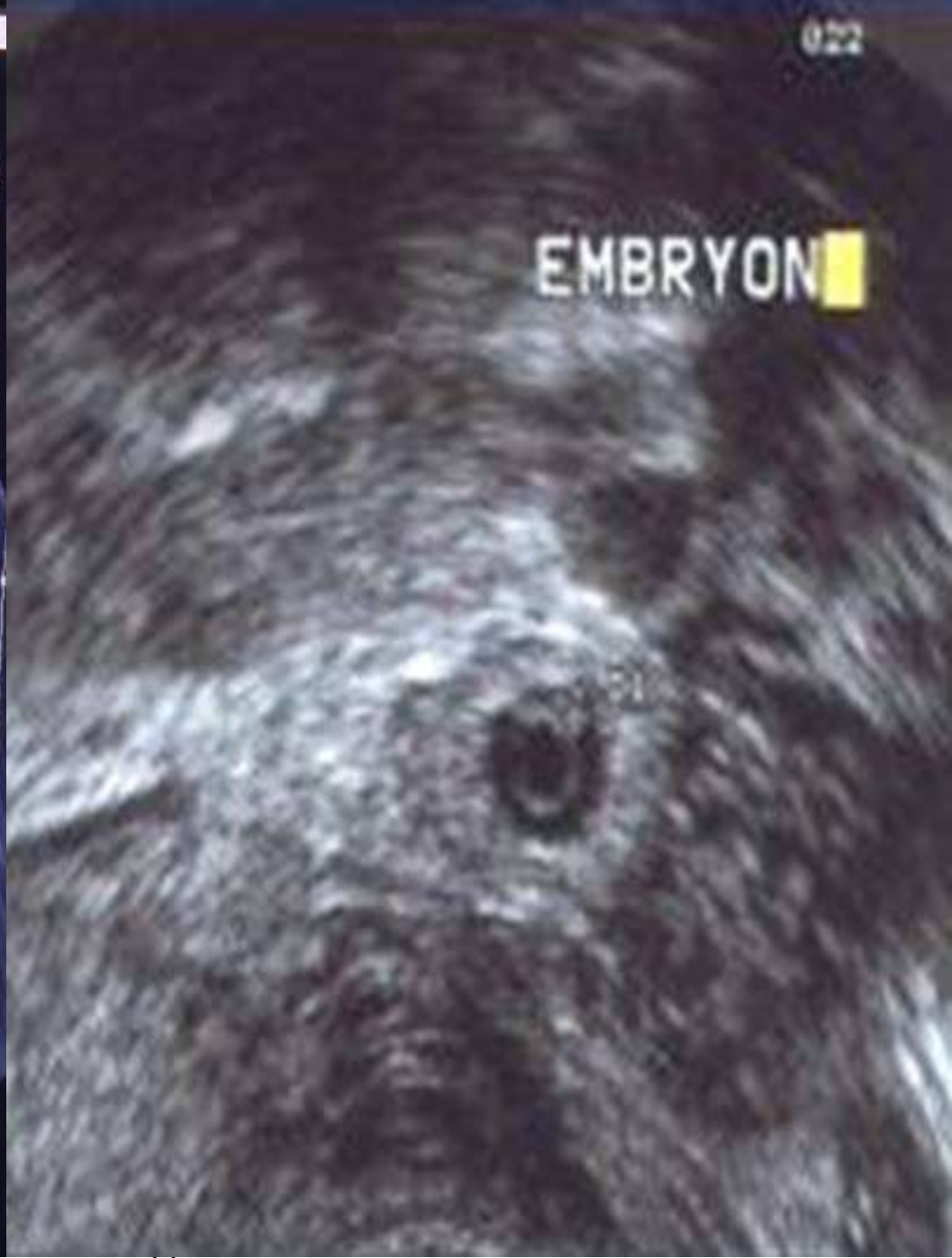
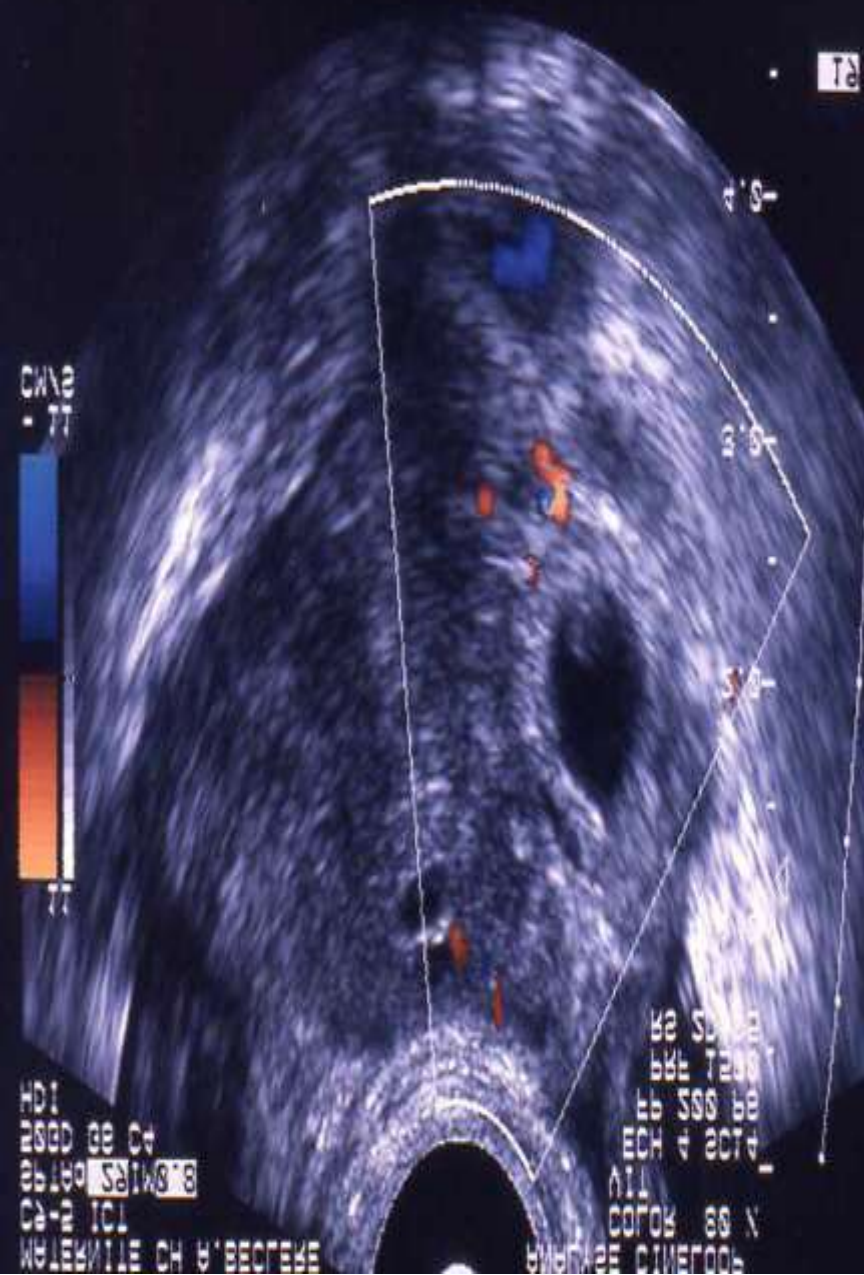


*Sac
Gestationnel*



*Épanchement
douglas*

Ta



Pseudo-sac

DR. GUESLATT BOUJEMAA

21.07.95
11:40:42
DE 0.00H

Limites nettes de l'hématosalpinx



FS.00 - 0.92 IP 4

Pseudo-sac

DR. GUESLATT BOUJEMAA

05.12.97
15:40:10



FS.75 0.100 IP II FS.75 0.100 IP II

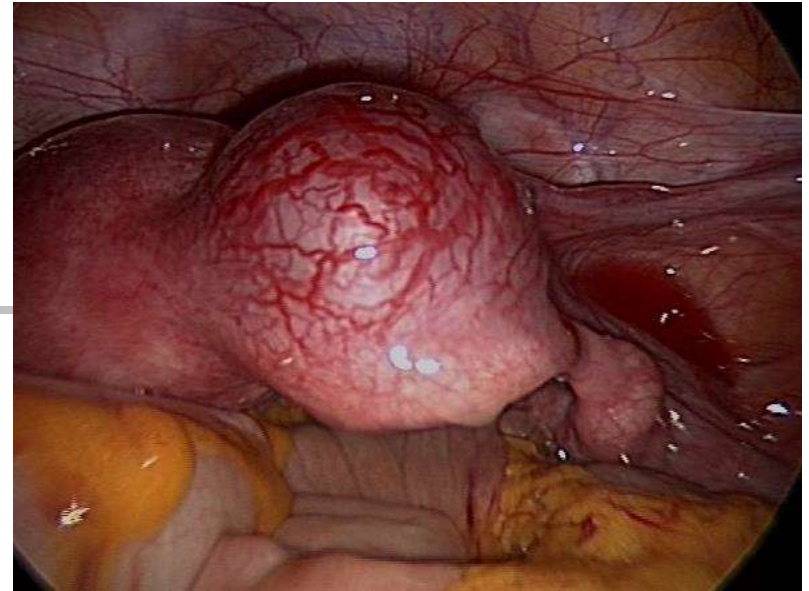
Hématosalpinx





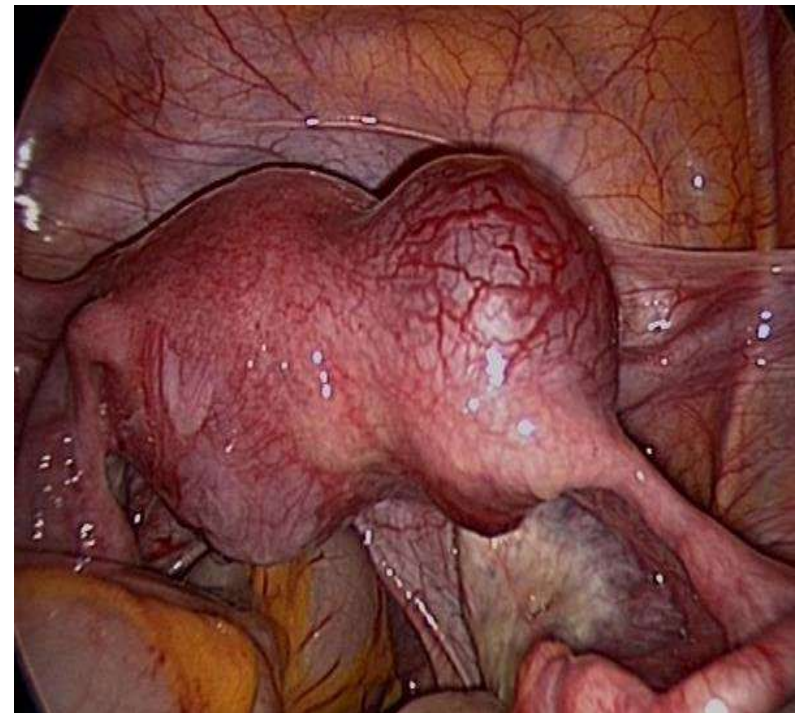
COELIOSCOPIE

- **Après bilan pré op et en l'absence de contre-indications**
- **Cas douteux : Dg rapide**
- **Hématosalpinx: trompe soufflée, aubergine**
- **Dilatation tubaire avec renflement bleuté, saignement par l'ostium**
- **Avortement tubo-abdominal**
- **Hémopéritoine: qlq cc**
- **Fitz Hugh Curtis**

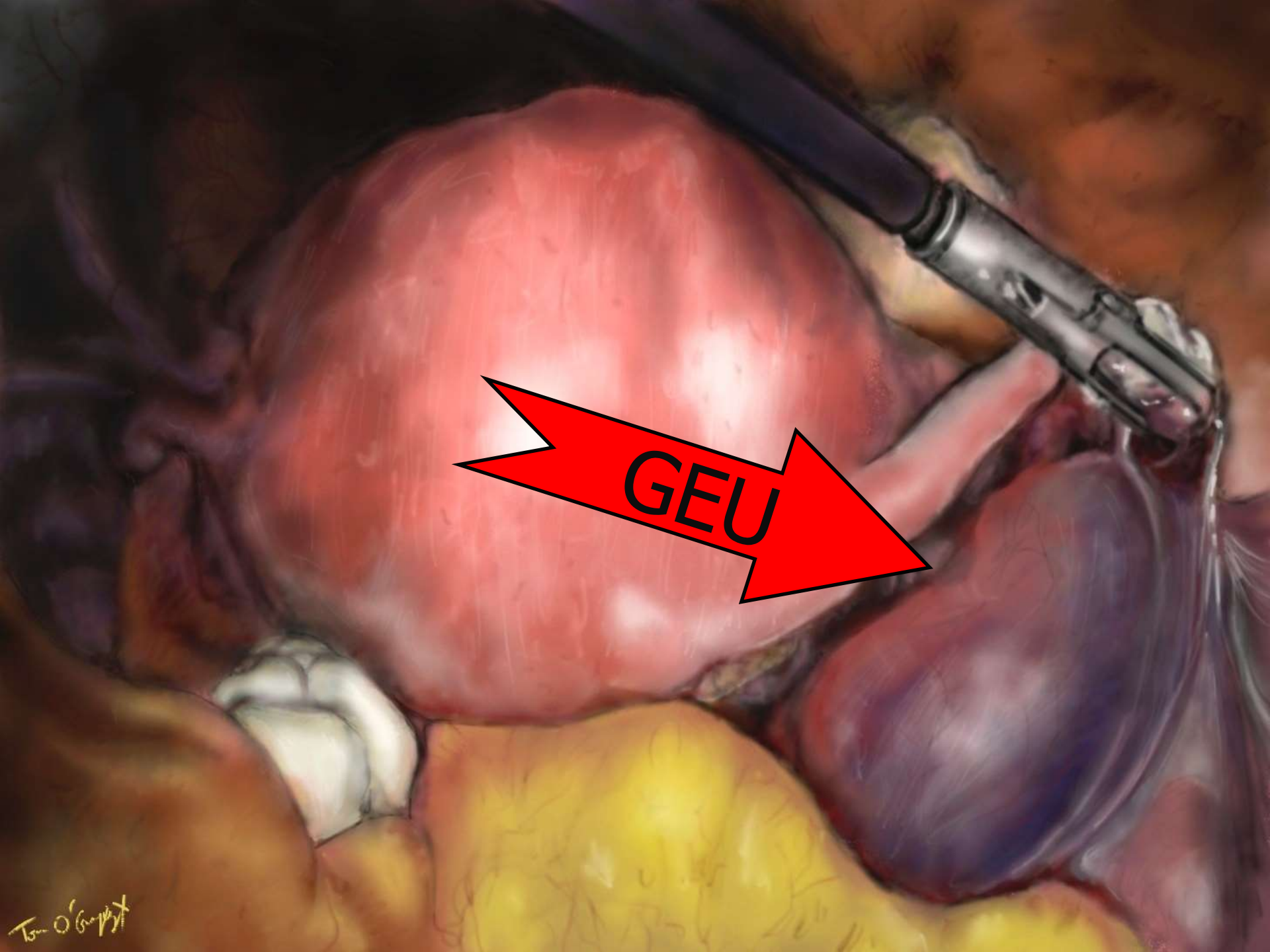


Echographie: Grossesse gémellaire dans corne rudimentaire sur utérus pseudo-unicorné (grossesse clairement en dehors du myomètre)

Coelioscopie: permet une confirmation diagnostique avec un meilleur repérage du ligament rond (sac gestationnel médial par rapport au ligament rond) et du départ de la trompe

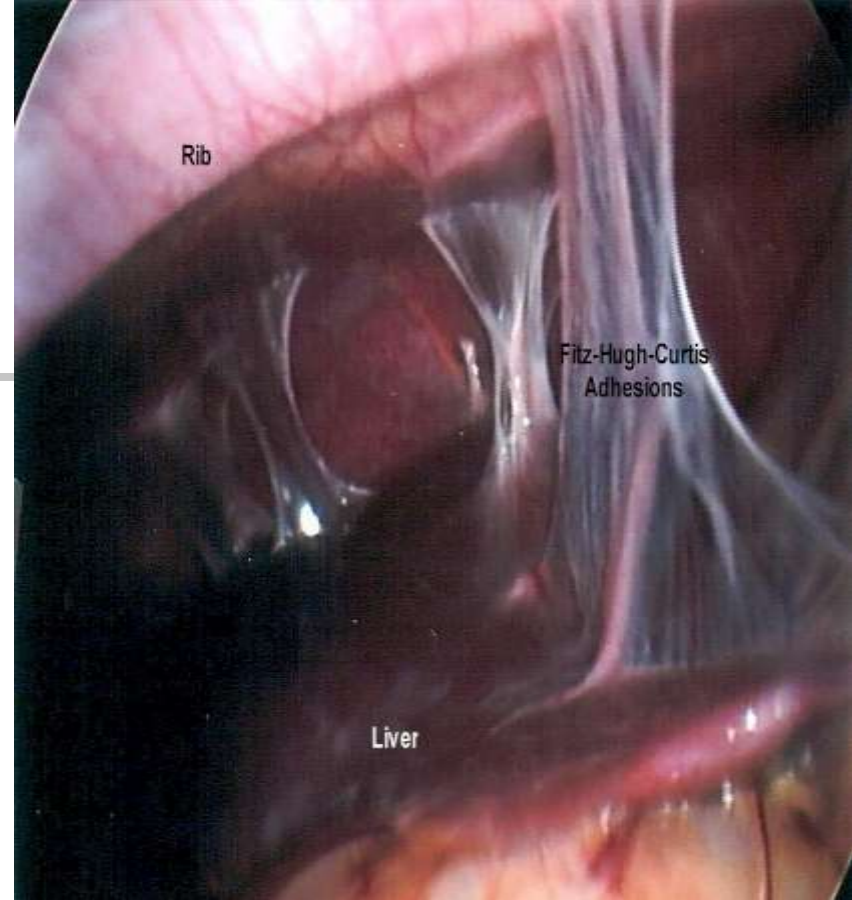






GEU

Tom O'Garra





■ *Formes cliniques*

- État de choc hémorragique
- Formes pseudoabortives
- Formes hétérotopiques
- Hématocèle enkystée, GEU « chronique »
- GEU après hystérectomie
- GEU au début
- GEU bilatérale
- GEU après interruption volontaire de grossesse (IVG)



Traitement

- Le traitement de la GEU fait appel à des traitements très différents, du moins invasif au plus invasif :
 - abstention ;
 - traitement par MTX ;
 - coelioscopie avec salpingotomie ;
 - coelioscopie avec salpingectomie ;
 - laparotomie.



BUTS

le traitement a plusieurs objectifs :

- *Traiter la GEU avant qu'elle ne provoque un hémopéritoine,*
- *Préserver la fertilité,*
- *Limiter le risque de récurrence,*
- *Limiter la morbidité thérapeutique,*
- *Éviter une immunisation rhésus chez les patientes de groupe sanguin rhésus négatif quel que soit le moyen thérapeutique utilisé.*

Score de Fernandez

Score de Fernandez

	1	2	3
TERME (Jours d'aménorrhée)	> 49 j	= 49 j	<=42 j
H.C.G (MUI/mL)	1000	5000	> 5000
Progesterone (µg/mL)	5	10	> 10
Douleur	0	Provoquée	Spontanée
Hématosalpynx (cm)	1	3	> 3
Hémopéritoine (mL)	10	100	>100

<12 : 80% de succès

Bon résultats si ≤ 13



a) **Indication** ; *Le choix de traitement en fonction du Score de Fernandez*

Si inférieur à 13 ; soit Abstention thérapeutique ou bien traitement médical

Si supérieur à 13 ; traitement chirurgical



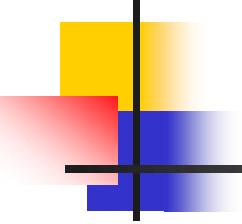
➤ **Abstention thérapeutique:**

- *Chez une femme très coopérante*
- *Taux de β hcg faible < 1000 ui/ml*
- *Avec décroissance spontanée*
- *Surveillance clinico-biologique et échographique bihebdomadaire jusqu'à négativation*



➤ **Traitement chirurgical:**

- ◎ *Par coelioscopie dans la majorité des cas*
- ◎ *Par laparotomie en cas de choc hémorragique ou d'ATCD chirurgicaux majeurs*
- ◎ *Radicale ou conservateur en **Fonction** :*
 - *Âge et désir de grossesse ultérieure*
 - *Importance des lésions tubaires*
 - *Possibilité d'hémostase*
 - *Possibilité de suivre la décroissance de β hcg en ambulatoire*

- 
-
- Traitement médical MTX (antagoniste de l'acide folique)
 - Contre-indications
 - Absolues :
 - État hémodynamique instable
 - Épanchement péritonéal extrapelvien
 - Absence de diagnostic médical
 - Mauvaise compliance de la patiente au suivi
 - Absence de compréhension des signes de rupture
 - Contre-indications du MTX
 - Allaitement
 - Immunodéficience
 - Maladie hépatique
 - Insuffisance rénale
 - Anémie, thrombopénie, leucopénie
 - Maladie pulmonaire évolutive
 - Relative
 - Activité cardiaque présente
 - β -hCG > 10 000 UI/L



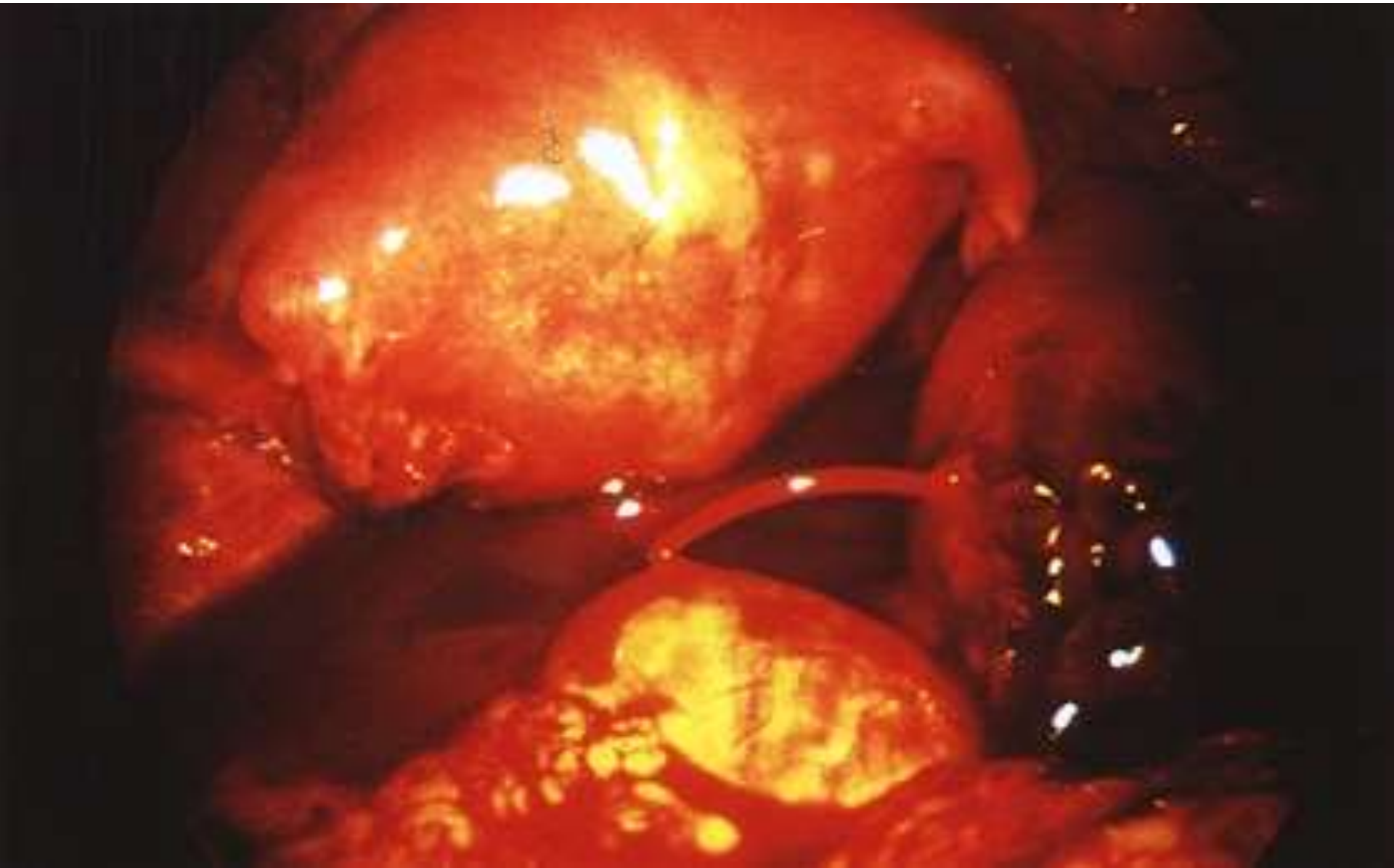
■ Traitement médical MTX ;

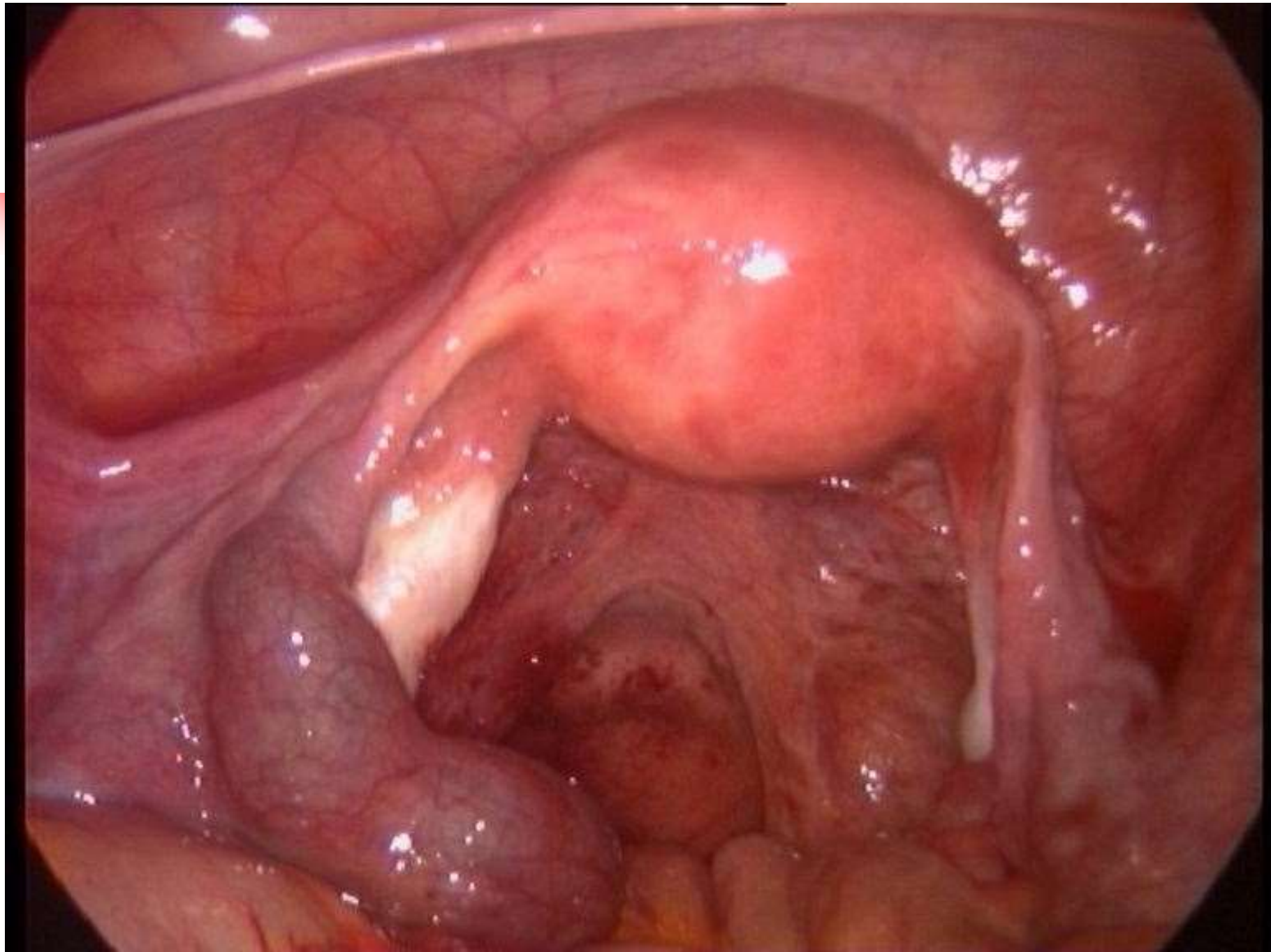
- Ce traitement repose sur le méthotrexate. antimitotique bloquant le dvpt du trophoblaste qui se résorbe spontanément
- Necessite un bilan pré thérapeutique = β hCG, Bilan Hepatique , NFS, TP urée, créatinine .CRP
- Méthotrexate. = 1mg/kg en IM en dose unique le + souvent
- = surveillance de la décroissance des β hCG a j 4 apres la premiere injection
- Ou a j7 et j 14 si autre doses necessaire selon l'objectif therapeutique
- (50 % , 25% ,15 %) puis chaque semaine jusqu'à négativation
- Pas plus de 3 injections
- Si echec on passe a la chirurgie
- Le schéma à doses multiples (4 injections à J0, J2, J4, J6) a des résultats comparables en termes de succès, mais il comporte un taux d'effets secondaires trois fois plus élevé
- Peut être injecté in situ par voie coelioscopique en cas de grossesse cornuale

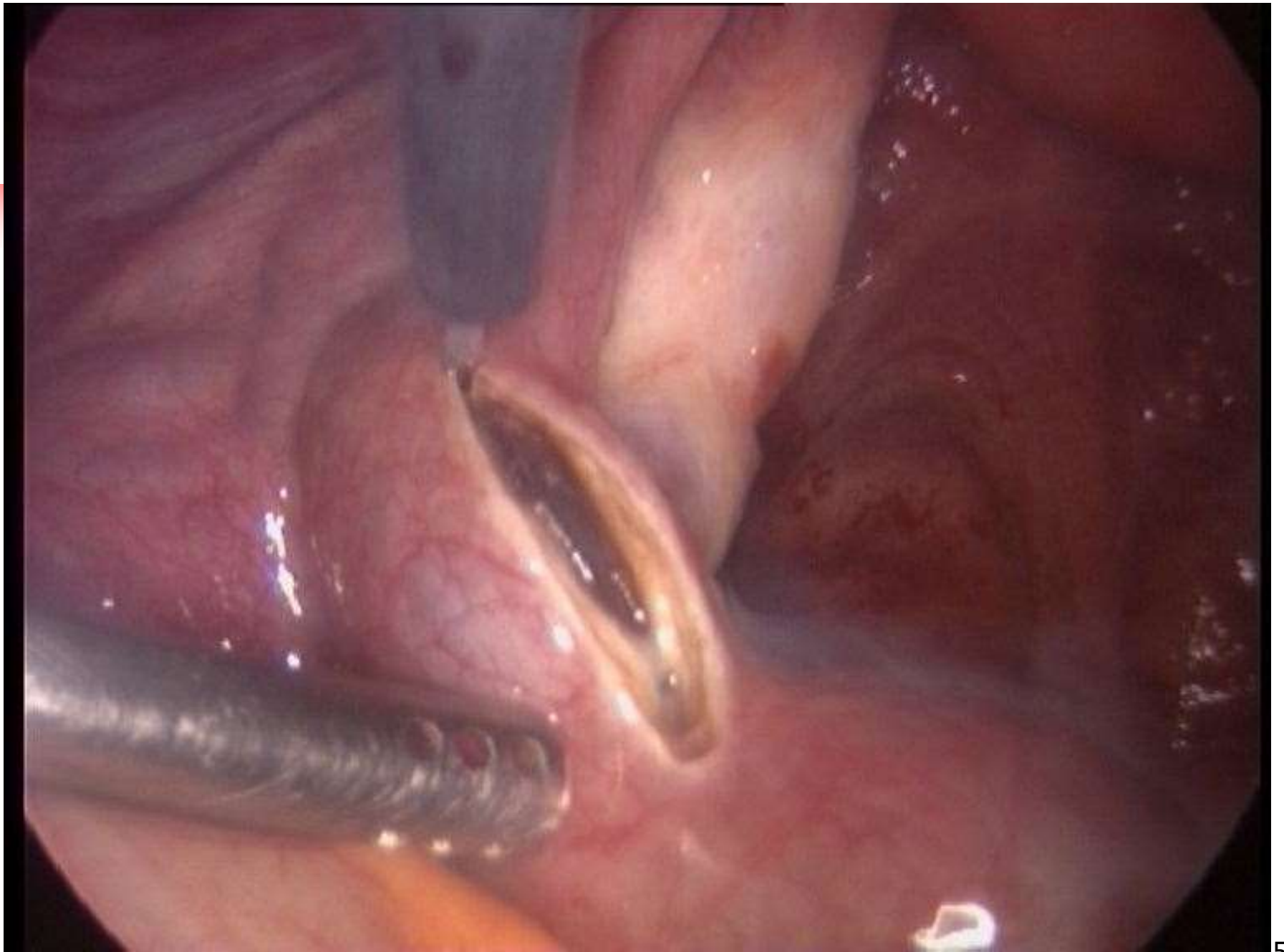


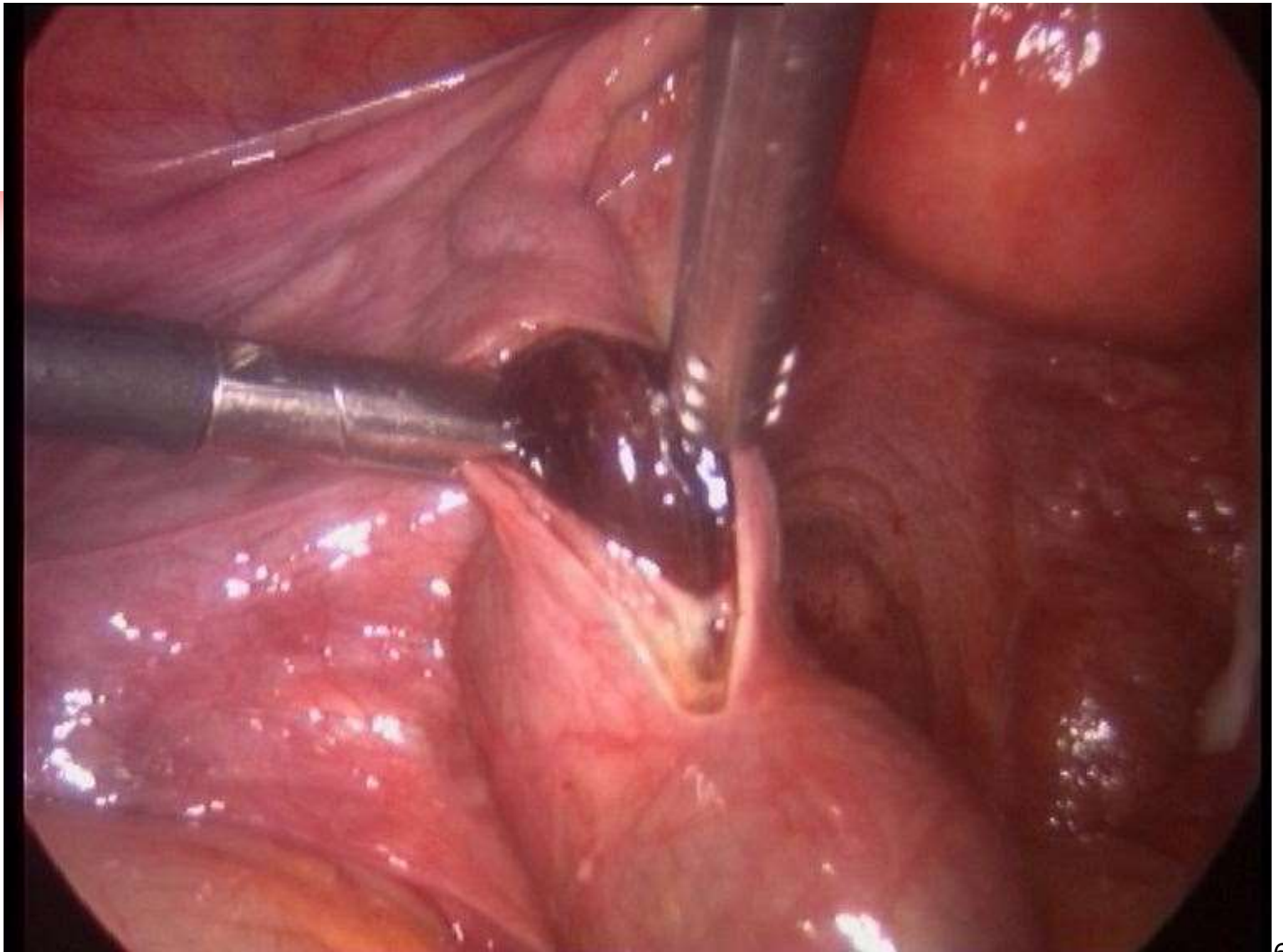
- **Traitement chirurgical**

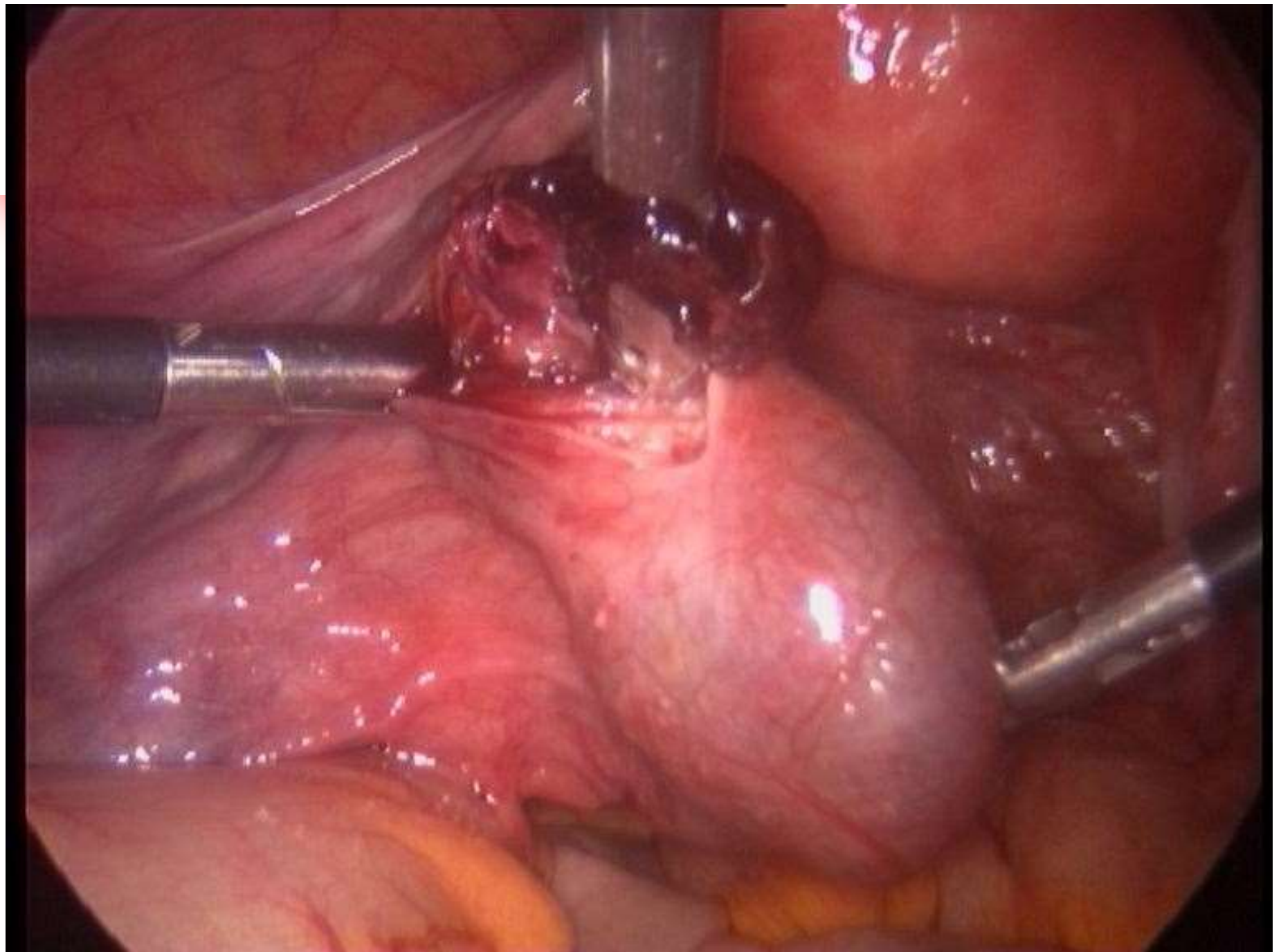
- Différentes techniques de traitement chirurgical (salpingectomie, salpingotomie)
- Laparotomie versus coelioscopie trois indications de laparotomie :
 - l'inexpérience de l'opérateur;
 - les contre-indications chirurgicales de la coelioscopie;
 - les contre-indications anesthésiques de la coelioscopie

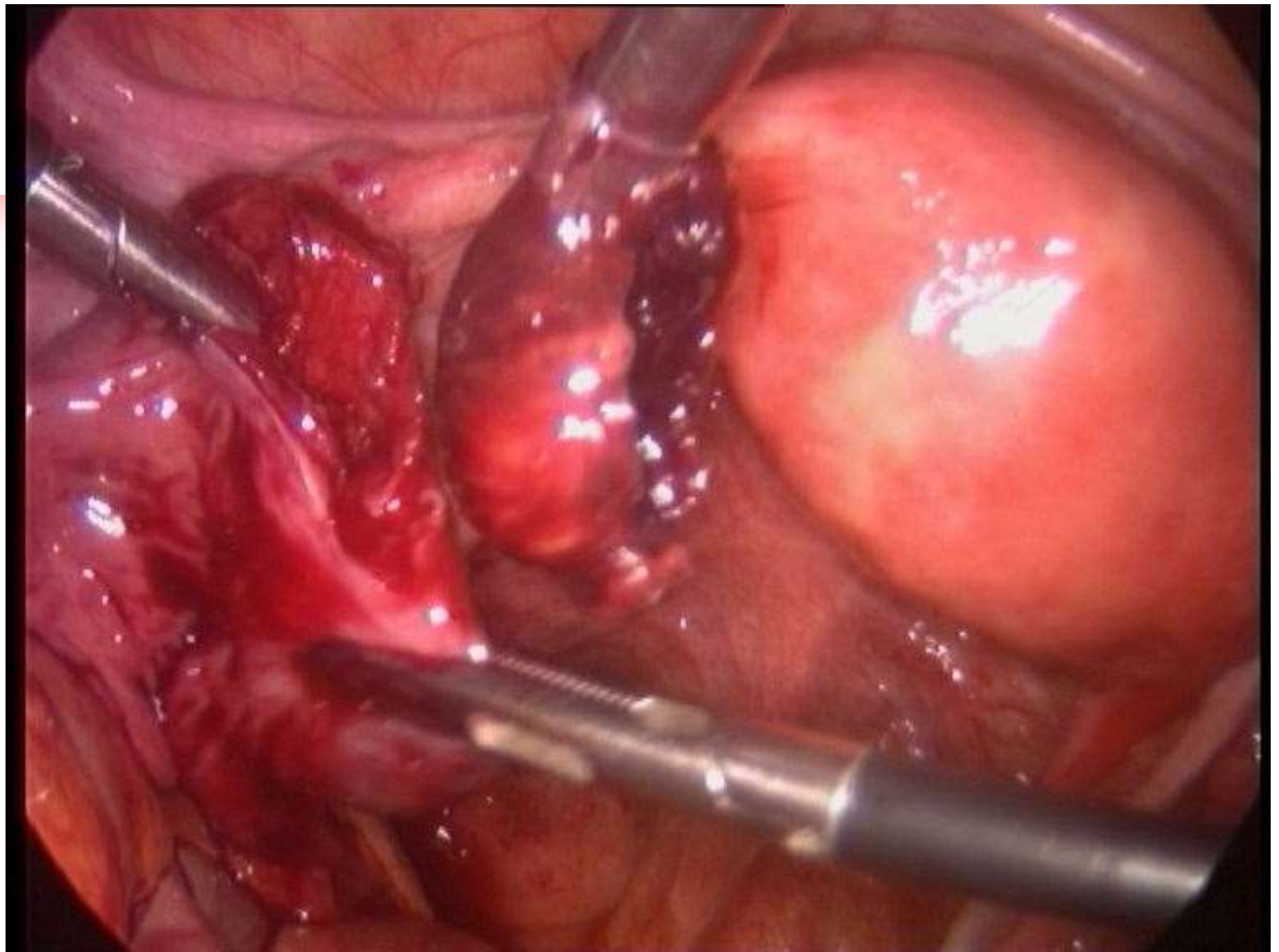


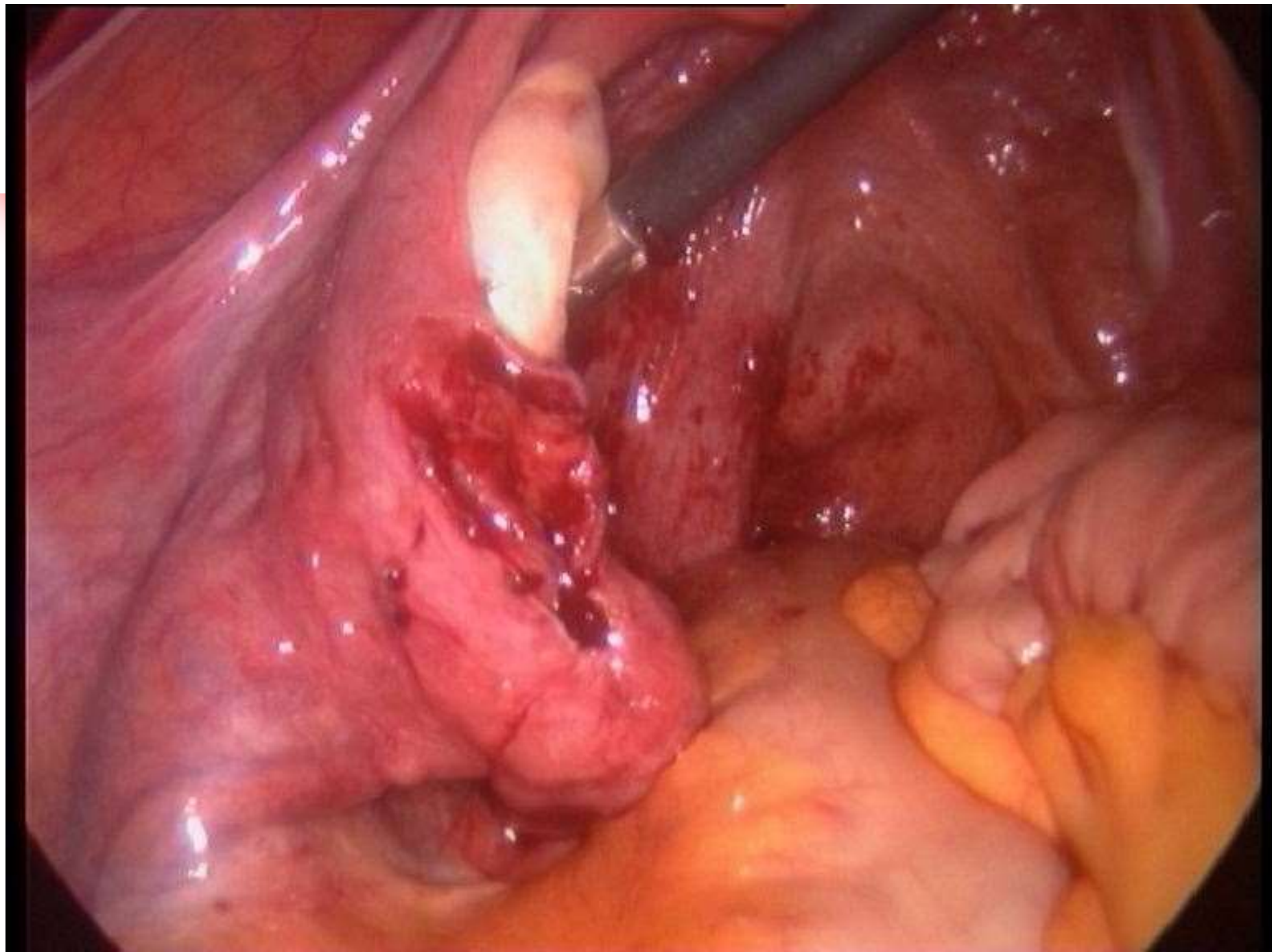


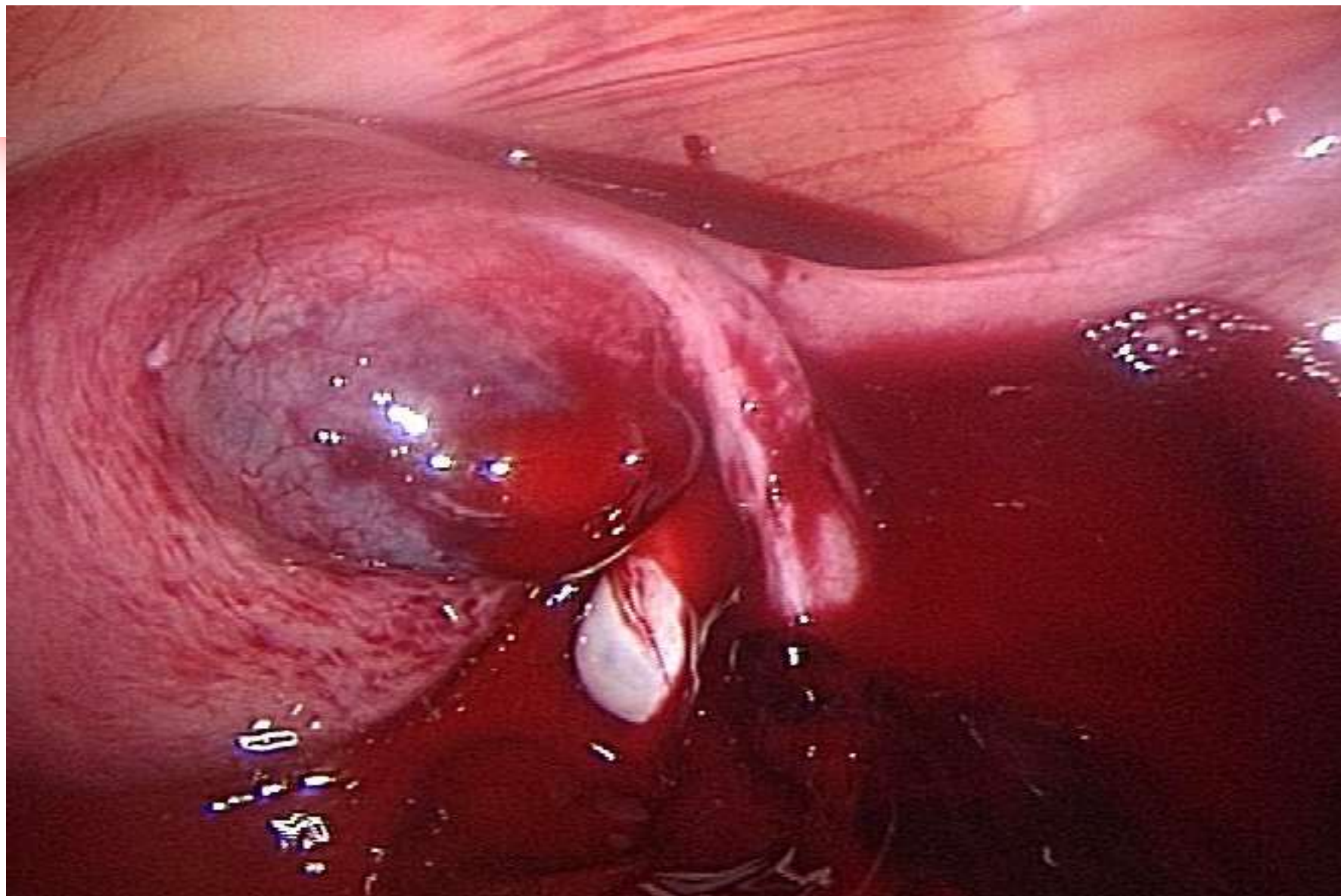














La pièce opératoire fermée et ouverte : GEU
Tubaire avec fœtus bien constitué et
raccordé au tissu trophoblastique

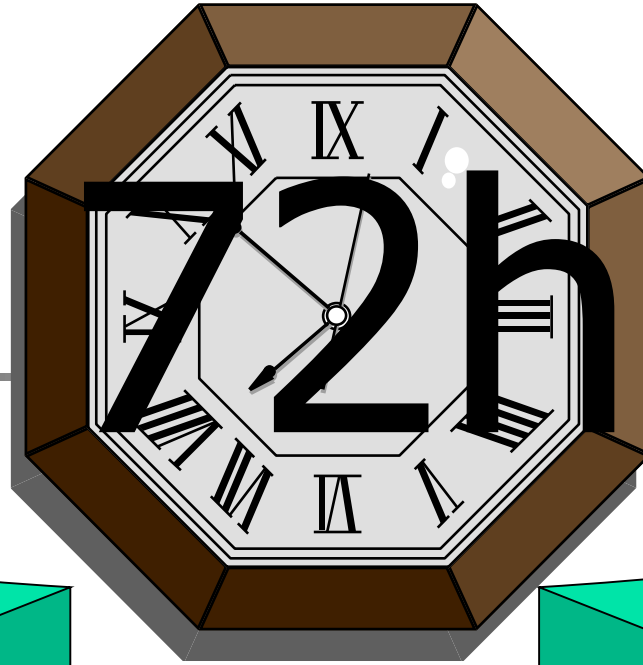




POST OPERATOIRE

■ Surveillance clinique

- NFS
- Supplémentation martiale
- Gamma globulines si Rh Négatif
- Bilan IST
- Histologie pièce opératoire
- Contraception locale ou EP
- HSG si TTT conservateur
- Echographie précoce lors des grossesses ultérieures



Ig Anti D
si Rh-



PREVENTION

- *Primaire*: prévention des IST, préservatifs, TTT rapide et efficace des infections génitales, campagne anti-tabac
- *Secondaire*: dépistage des patientes à risque, Dg précoce des GEU

Pronostic

- *La GEU reste encore une cause de mort maternelle. L'avenir obstétrical des femmes opérées pour GEU peut être compromis : problème de stérilité et de récivde*
- *50 % restent stériles involontairement*
- *30 % auront des enfants*
- *15 % -> seconde GEU*
- *Après chirurgie conservatrice, le taux de grossesse est de 35% , le taux de récivde est de 9%.*

Informations pratiques Grossesse extra-utérine

- *Contraception orale pendant 3 mois après la négativation des β -HCG plasmatiques pour les femmes qui désirent une autre grossesse ; Proposer une contraception efficace par oestro- progestatifs. Le DIU et les microprogestatifs sont contre indiqués*
- *Echographie précoce lors de la grossesse ultérieure à la recherche de récidence*
- *une hystérosalpingographie de contrôle 3 mois après la négativation des β -HCG plasmatiques afin d'évaluer l'état des trompes utérines.*
- *Les rapports sexuels sont déconseillés pendant la période de surveillance car ils risquent de provoquer la rupture de la GEU.*



CONCLUSION ;

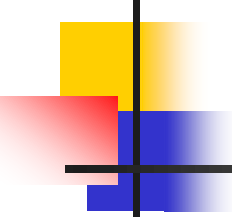
GEU : urgence gynécologique diagnostique et thérapeutique, toujours y penser devant des métrorragies et/ou douleurs pelviennes chez toute femme en âge de procréation.

Les facteurs de risques ont ceux des salpingites et des anomalies hormonales spontanées ou iatrogènes.

Le diagnostic repose sur le trépied : clinique, échographie et dosage des beta-HCG. En cas de vacuité utérine associée à un taux de Beta-HCG > 1500 UI/l, la probabilité de GEU est importante.

Le traitement est avant tout chirurgical par coelioscopie.

Dans des formes précoces, on peut envisager un traitement par Méthotrexate sous conditions d'une surveillance prolongée du taux de B HCG.



*LA GROSSESSE EXTRA UTERINE Y
PENSER TOUJOURS C'EST NE
PAS Y PENSER ASSEZ*

Henri Mondor