

GROSSESSE EXTRA UTERINE



DR . MERABET

I-INTRODUCTION:

1.Définition:

Implantation et développement de l'œuf en **dehors** de la cavité utérine.

Le plus souvent au niveau de la trompes, exceptionnellement les ovaires, ou en un point quelconque de la cavité abdominale.

2.Intérêt:

❖ ***Fréquence*** : en augmentation, vu la recrudescence des salpingites, le recours à la chirurgie tubaire et la contraception par DIU et le tabagisme.

❖ *Gravité :*

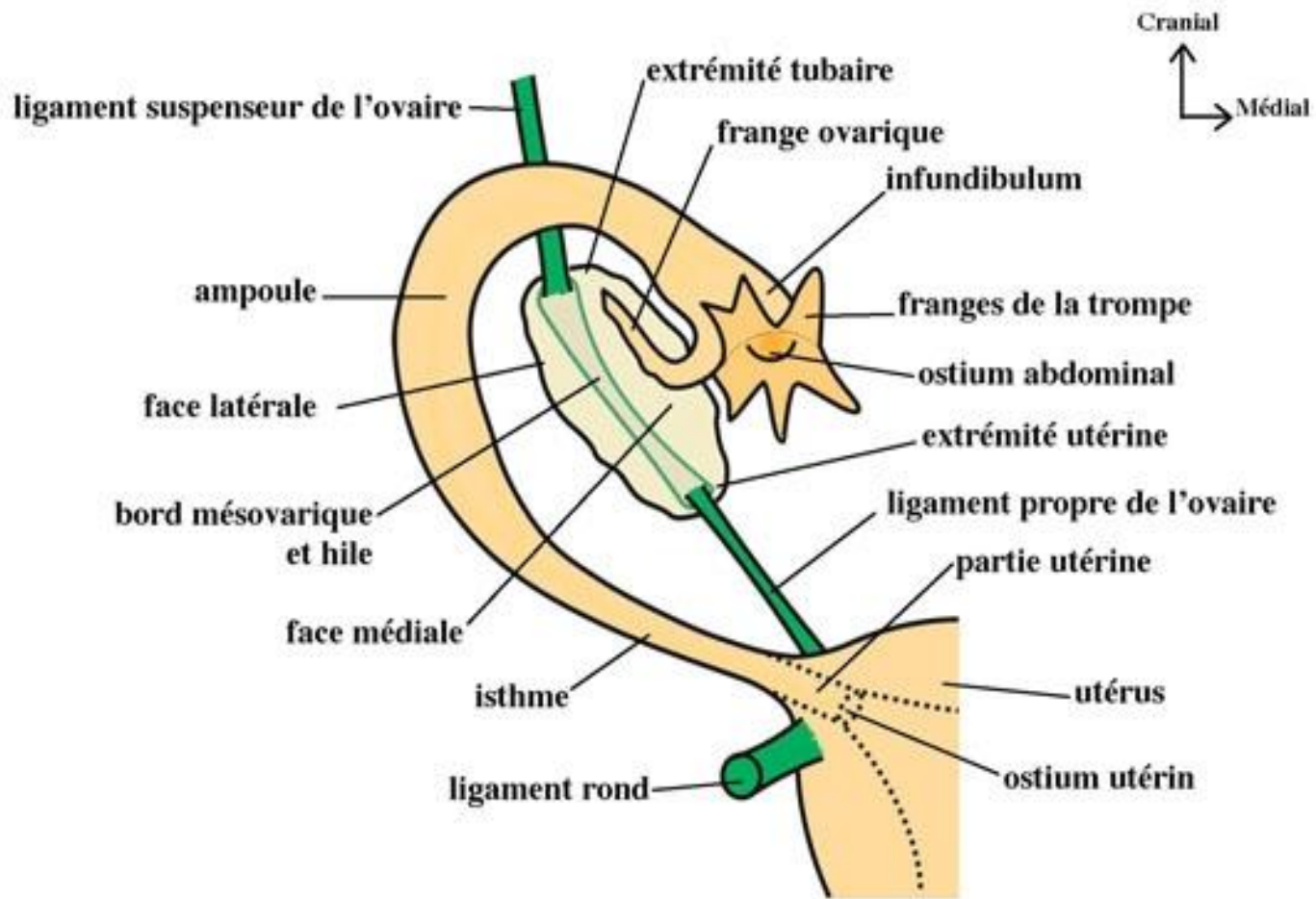
Première cause de **mortalité maternelle** au T1
Compromet la fertilité des patientes.

❖ *Diagnostic :*

Souvent **difficile** , basé sur le couple B-HCG et
écho endovaginale.

❖ *Traitement :*

Arsenal thérapeutique large : de l'abstention
au traitement chirurgical radical en passant par
le traitement médical.



**Ovaire et trompe utérine
(vue ventrale)**

II. PHYSIOPATHOLOGIE:

a. Rappel physiologique :

Devenir normal de l'œuf fécondé:

➤ Fécondation au niveau du 1 / 3 externe de la trompe.

l'œuf fécondé arrive au niveau de l'utérus en 3 à 4j, la zone pellucide avasculaire empêche le contact direct avec la muqueuse tubaire

il reste libre dans la cavité utérine 2 à 3 jours.

➤ Au 6 jours post ovulatoire: disparition de la zone pellucide et implantation de l'œuf, quelque soit l'endroit où il se trouve.

➤ Au 10 jours post- ovulatoire : sécrétion d' HCG.

Condition du transport tubaire:

- **Activité des cellules ciliées du pavillon rabattant l'œuf vers l'ostium.**
- **Liquide tubaire provenant de la transsudation vasculaire et des cellules épithéliales créant un contre courant gênant la progression de l'œuf.**
- **Activité musculaire de la trompe et du mésosalpinx avec :**
 - ❖ **Fibres longitudinales externes :** péristaltisme faisant progresser l'œuf vers l'isthme.
 - ❖ **Fibres circulaires internes:** isthmique, véritable constriction annulaire sous forme de sphincter.
 - ❖ **Fibres musculaires du mésosalpinx :** mouvements pendulaires.

Rôle du sphincter isthmique :

❖ **En post ovulatoire immédiat :**

- Augmentation des œstrogènes → augmentation teneur en PGF2 fermeture de l'isthme.
- Augmentation du flux tubaire.
- Diminution de l'activité des cellules ciliés.

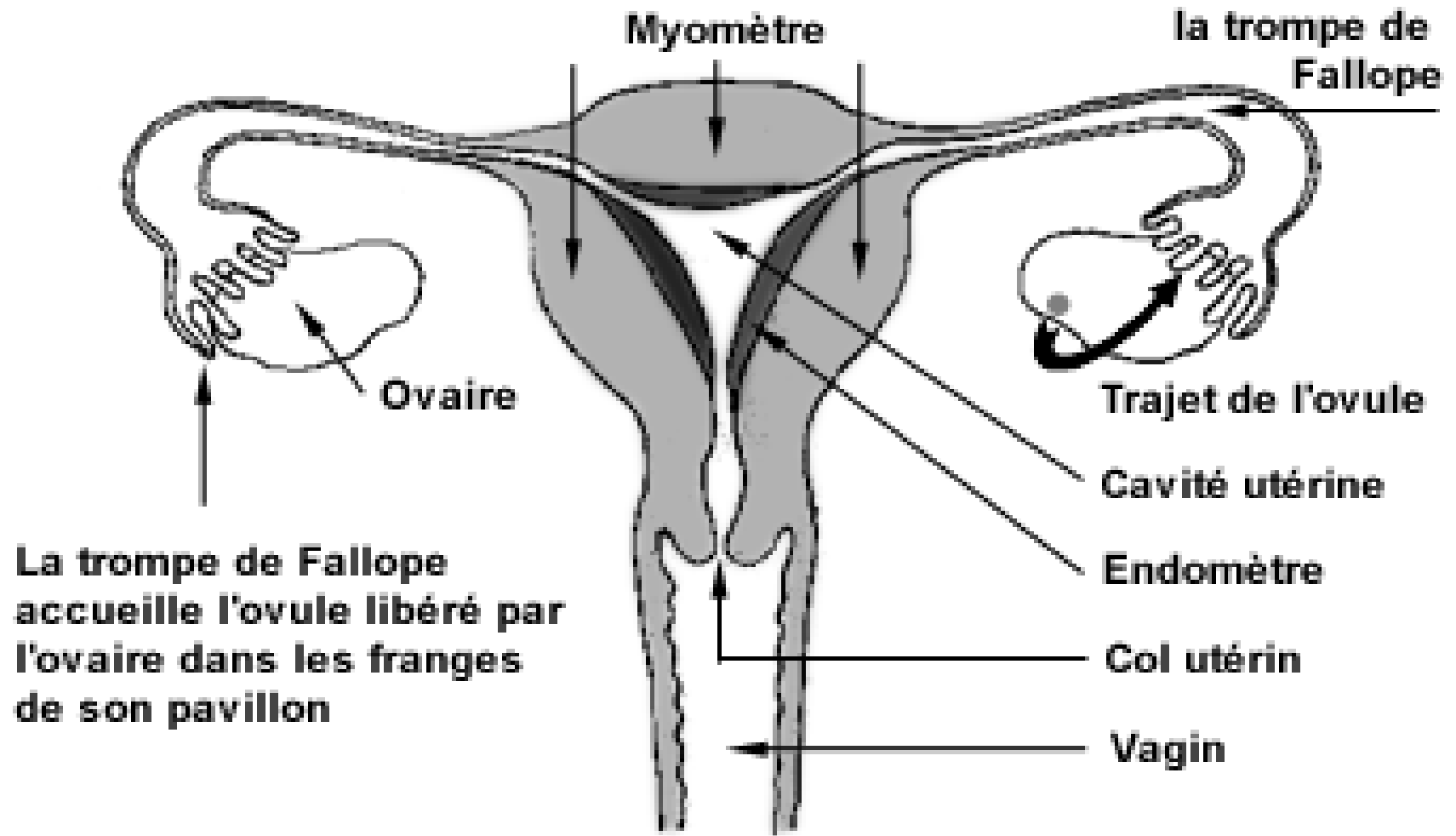
l'œuf jeune séjourne 72h au niveau de la jonction ampullo - isthmique.

❖ **A la fin de j3 post ovulatoire :**

- l'œuf franchit l'isthme grâce à l'augmentation de la progestérone → augmentation de PGE → ouverture de l'isthme.
- Diminution du flux liquide.
- Augmentation de l'activité des cellules ciliées.

Utérus et Annexes

Vue schématique, Coupe longitudinale



b. Etiopathogénie:

b.1 :théorie étiopathogénique:

1.retard de captation ovulaire :

la fécondation s'effectue dans la cavité péritonéale → nidation avant l'arrivée dans la cavité utérine.

2.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

3.reflux tubaire:

« Théorie décrite en 63 »



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. FDR et étiologies:

- Infection à chlamydia trachomatis responsable de séquelles inflammatoire.
- Tabagisme actif ou passif par diminution de l'activité contractile des trompes.
- Endométriose tubaire.
- Tuberculose génitale.
- Causes iatrogènes :
 - **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** : x 10 le risque de GEU.

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

- **Exposition in utero au Distilbène.**

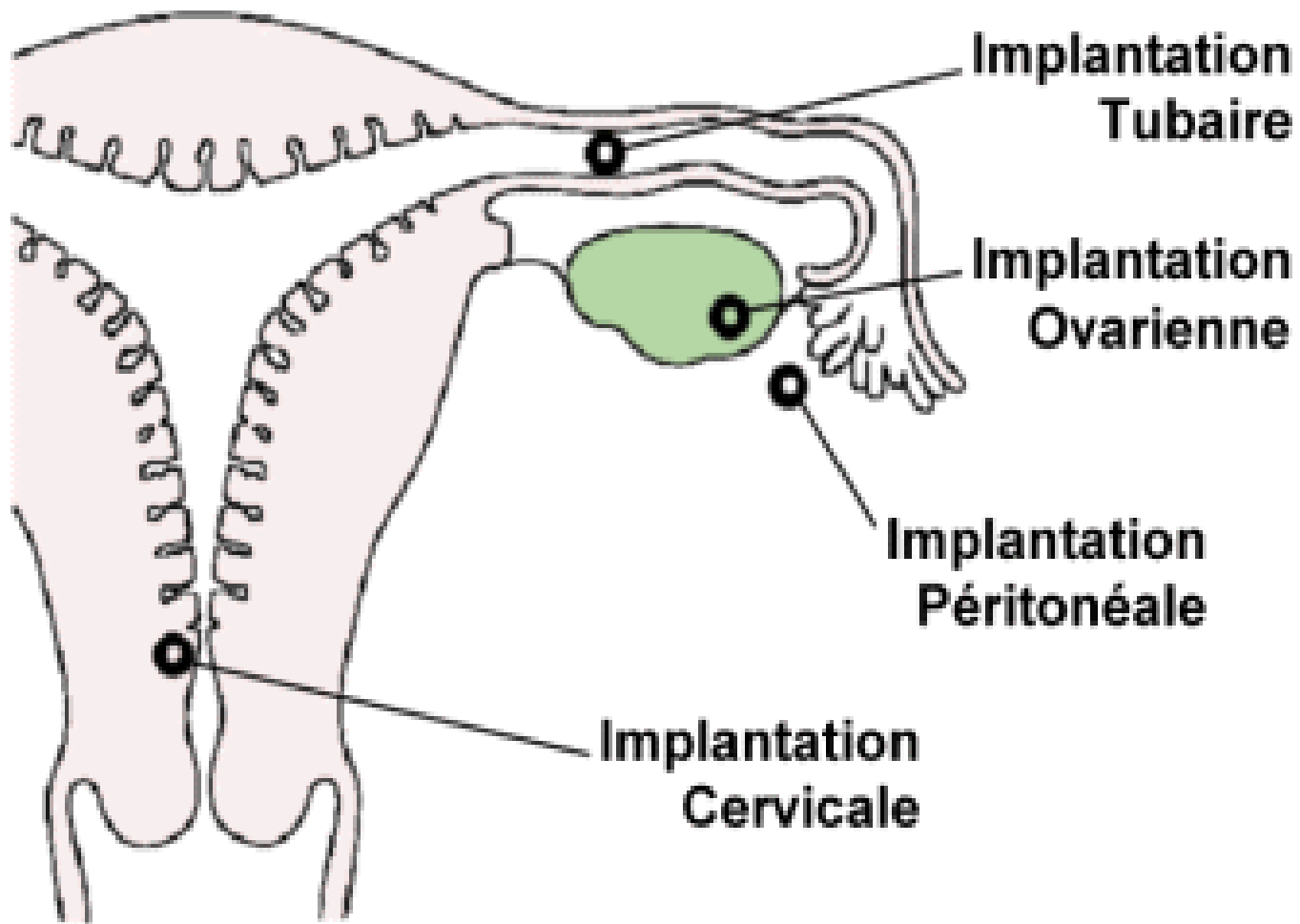


III. LOCALISATION :

Dans la grande majorité des cas 98% sont tubaires :

- ❖ 75% **ampullaires**, cette portion élastique et large permet une évolution plus longue
- ❖ 2% sont **isthmiques** se révèlent plus précocement.
- ❖ rarement **interstielle** 1 à 2%.

Exceptionnellement la GEU est abdominale, ovarienne, d'évolution prolongée parfois jusqu'à terme.



IV. CLINIQUE:

A. Forme typique GEU ampullaire jeune non rompue:

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.

2. signes physiques :

signes généraux : l'examen général (pouls, température, TA) est souvent normale.

Signes physiques :

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 voudrai l'aménorrhée , une masse latéro utérine sensible indépendante de l'utérus, mal limitée : **petite chose de mandor**

B. Formes trompeuses :

1. Forme pseudo abortive :

Cette forme mime une fausse couche, avec métrorragies abondantes et coliques expulsives.

Diagnostic redressé à l'anapath.

2. Forme pseudo-salpingitique :

Associe: douleurs pelviennes, hyperthermie, masse latéro utérine fixée et douloureuse, sans leucorrhée ni cervicite

Examen : FNS + hyperleucocytose

C. Formes cliniques :

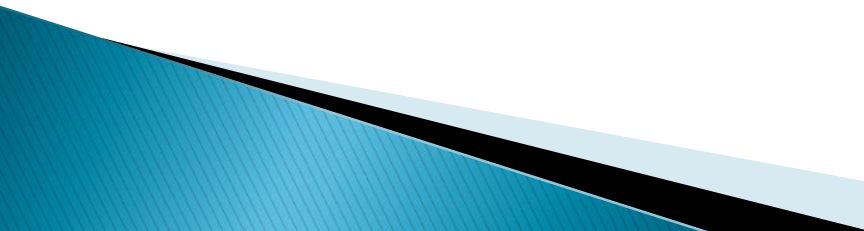
1. Formes compliquées :

❖ *GEU rompues :*

Etat 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.
- Culdocentèse : sang noir incoagulable.

❖ **ABRT tubo abdominal :**

- ▶ **Signes fonctionnels : douleurs pelviennes, métrorragies, 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.**
 - ▶ **Coelioscopie : 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 ténesme.**
- ▶ **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.

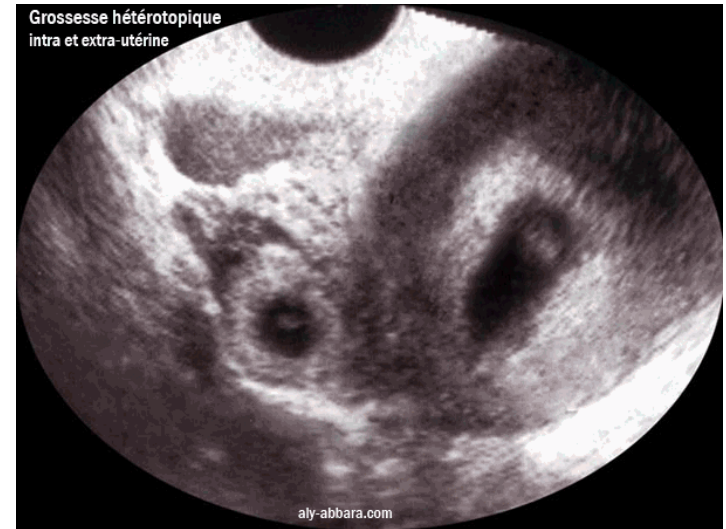
NB : dans un cas sur deux les B HCG sont négatifs.

2. Formes selon la localisation de la GEU :

- ❖ **Grossesse ovarienne : diagnostic difficile, le plus souvent anapath.**
 - ❖ **Grossesse isthmique : rupture précoce, cataclysmique.**
 - ❖ **Grossesse interstitiel : rupture tardive.**
 - ❖ **Grossesse infundibulaire : ABRT tuboabdominal.**
 - ❖ **Grossesse intra abdominale : douleur avec météorisme important , arrivée à terme : faux travail, svt mort fœtale.**
- l'évolution se fait soit vers les complications : occlusion, infections, soit lithopédion.**
- ❖ **Grossesse cervicale: rare; de mauvais pronostic.**

3. 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 des grossesses évolutives.

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 B HCG à j2 puis j4.
- Augmentation de + de 50% : GIU possible.
- Une augmentation ou diminution inférieure 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.Progéstéronemie :

Se distingue des B HCG par : relativement stable les 8 première semaine de grossesse, sa demi vie est courte (10 min).

Il est actuellement impossible de proposer un seuil qui mette la patiente à l'abris d'une erreur diagnostic.

Marque de vitalité ovulaire (GEU si inférieur à 20 ng /ml).

3.Écho endovaginale :

De première intention :

❖ Signes directs :

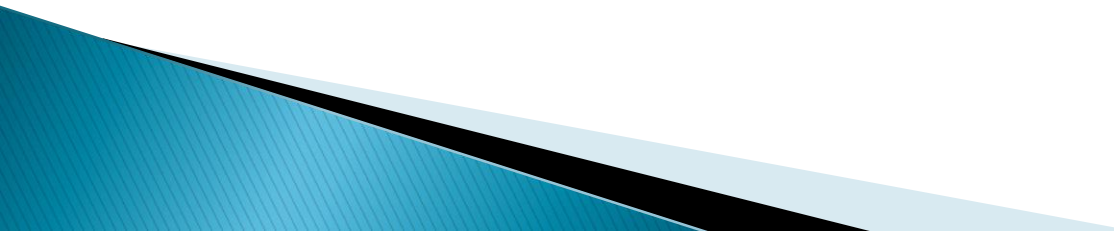


Masse annexielle : l'exploration doit commencer par le repérage des ovaires et du corps jaune.

La GEU est situé dans 85% du côté du CJ.

Il peut s'agir d' :

- Un sac gestationnel avec embryon et AC +.
- Un sac vide d'écho entouré d'une paroi épaisse.
- Image arrondie ou ovalaire 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^{ème} SA en endovaginale pour une seuil à 1500UI/ml.

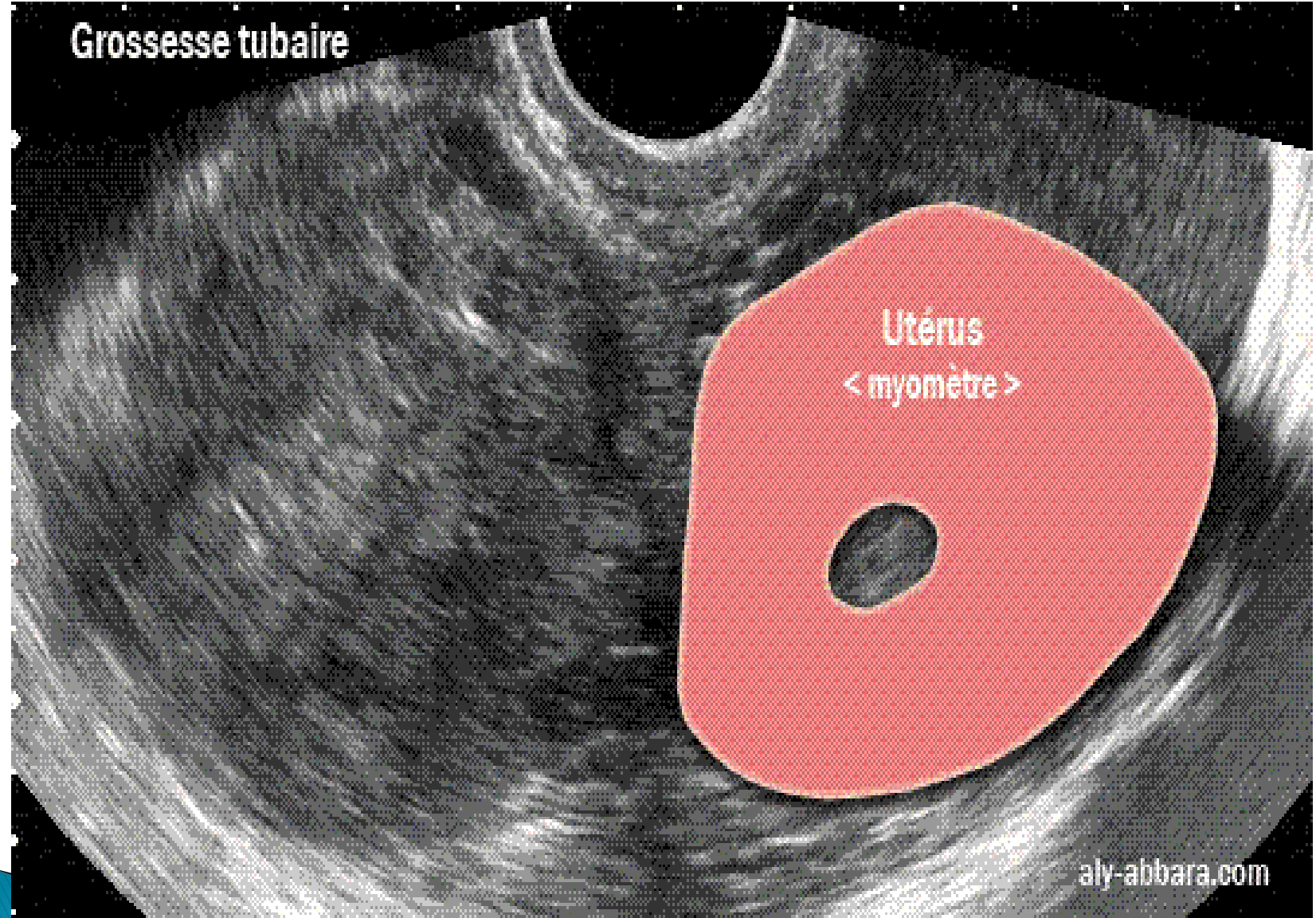
Cependant l'existence d'un SGIU expose à 2 pièges qu'il faut savoir éviter :

- *La grossesse hétérotopique.*
- *Le pseudo sac gestationnel* : image anéchogène de quelque mm, à limites peu nettes : c'est une décidualisation de l'endomètre et hémorragie endocavitaire. Il se présente comme image médio cavitaire sans couronne trophoblastique.

Epenchement péritonéal : image anéchogène de taille variable , le plus souvent limité au douglas.

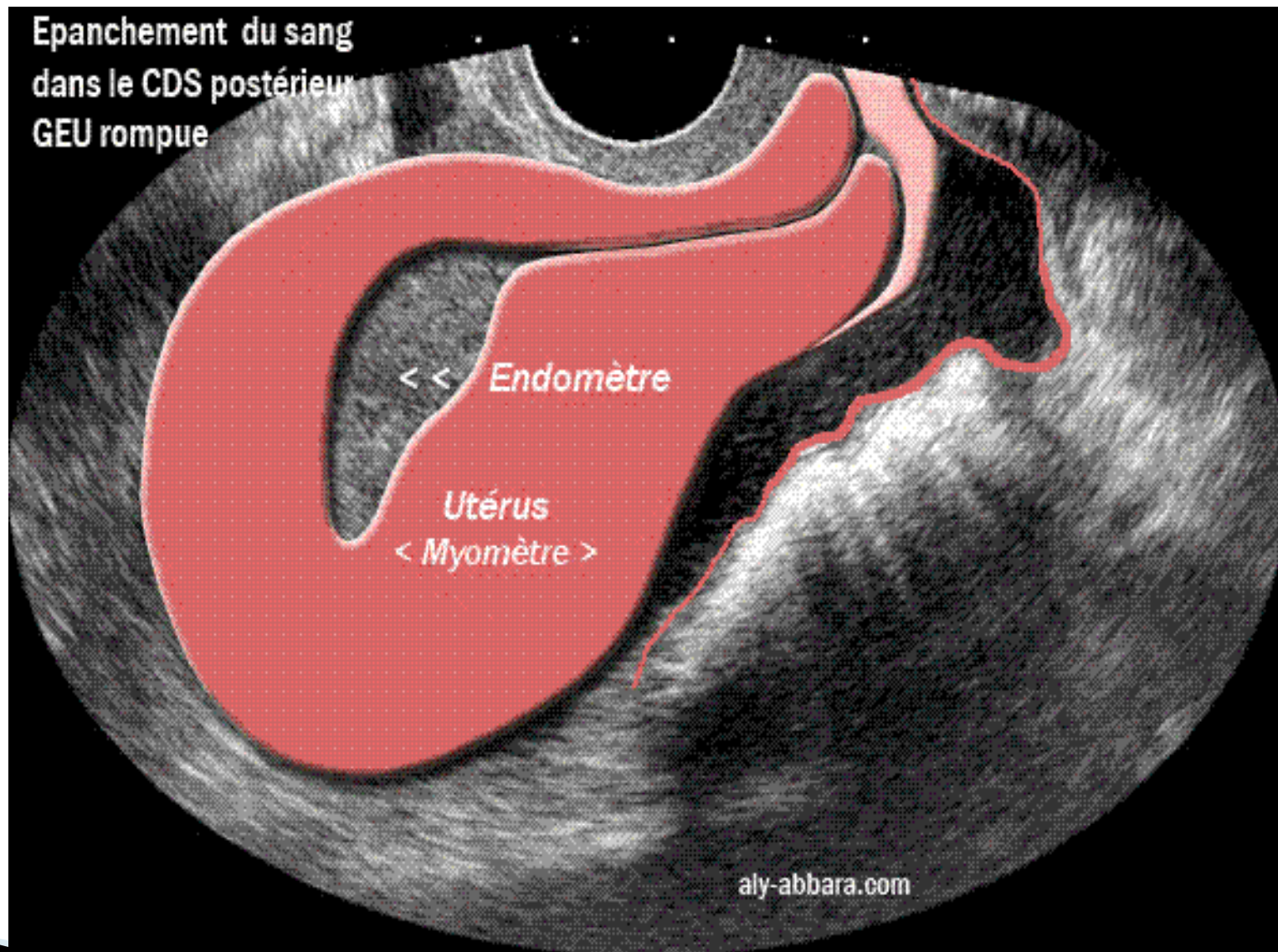
Une écho normale : ne permet pas d'exclure le diagnostic de GEU quand les BHCG sont positifs, faudra répéter les examens.

Grossesse tubaire



Utérus
<myomètre>

Epanchement du sang
dans le CDS postérieur
GEU rompue





4.Culdocentése :

Autrefois pour le diagnostic de l'hémoprotéine, actuellement l'écho.

5.IRM :

Semble être la seule technique qui permet de dater l'hématosalpinx.

Cependant les résultats obtenus à ce jour ne permettent pas de justifier son surcoût.

6.Coelioscopie :

n'est plus indispensable pour le diagnostic, intérêt dans le traitement.

7.Doppler :

Dans la GEU augmentation du flux tubaire.

VI-TRAITEMENT :

A. Objectifs :

Supprimer la GEU.

Réduire au max la morbidité thérapeutique.

Limiter les risque de récives.

Préserver la fertilité.

B. Moyens :

B.1. Abstention :

10 à 25% des GEU guérissent spontanément.

Évite la prise en charge erronée des formes présentant une fausse couche spontanée.

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. Actuellement peu utilisé en raison de sa toxicité.
- **Traitement par injection unique :** 50mg/m² en IM à j1 avec dose de l'HCG à j4 et à j7 puis une fois par semaine jusqu'à négativation.
Échec définie si diminution des BHCG de 15 % à j7 par rapport à j4.
Une deuxième injection peut être alors réalisée.
- **Traitement par injection in situ de MTX ; échoguidée** de 100mg.

Bilan pré thérapeutique : FNS

Bilan hépatique : TGO TGP BRB phosphatase TP

Effets secondaires :

- **Accidents graves :**
 - myelotoxicité.
 - Hépatotoxicité.
 - Fibrose secondaire.
- **Accidents mineurs :** conjonctivite, diarrhée, nausée, vomissements, cytolyse hépatique, cystite.
- ❖ **Autres actuellement abandonnées :**
injection in situ de PGF₂, Chlorure de K⁺,
Glucose hyper osmotique à 50% .

B.3. Traitement chirurgicale :

Comprend toujours deux temps : toilette péritonéale et exploration pelvienne.

❖ 2 modalités :

❖ **Laparotomie :**

–indiqué si :

État hémodynamique instable.

CI à la coelio (patiente multi opérée, risque de syndrome adhérentiel majeur, technique non maîtrisée par l'opérateur).

–Modalités:

▶ conservateur : salpingotomie.

Expression tubaire.

Résection tubaire segmentaire.

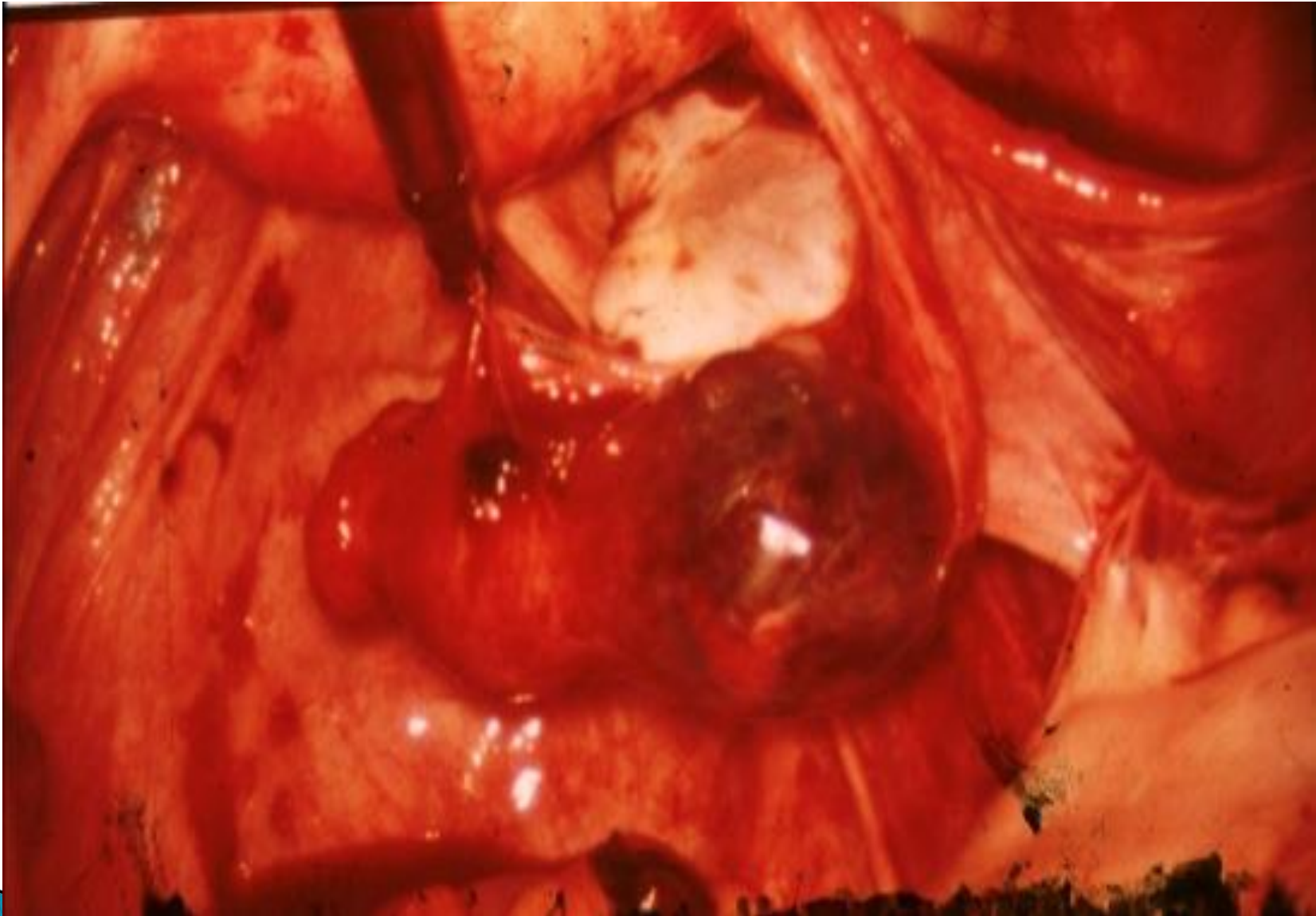
▶ Radical :

Salpingectomie.

Annexectomie : si GEU ovarienne ; on favorise la résection partielle.

- ❖ **Cœlio chirurgie** : actuellement traitement de référence de la GEU: Deux modalités :
 - ▶ **Conservateur**: Salpingotomie réalisée à la mono polaire.
 - ▶ **Radicale** : Salpingectomie réalisée à la bipolaire.
- ❖ Surveillance du traitement chirurgical :
 - Traitement conservateur avec risque de persistance du trophoblaste :en Post op. : BHCG 48h après : si diminution 15% : arrêter la surveillance, si persistance : MTX.
 - Traitement radical : inutile sauf si greffe trophoblastique péritonéale observée, BHCG 15 J après intervention.





C. INDICATIONS ET CONTRE INDICATIONS:

▶ *Abstention* :indication:

patiente pauci symptomatique.

Masse inférieur à 3 cm.

GEU non évolutive.

B HCG inf à 1000ui.

Décroissance spontanée des B HCG.

▶ *Traitement médical* :

Contre indications :

Absence de compliance au suivi.

État hémodynamique instable.

ATCD de GEU homolatéral.

Epanchement extra pelvien à l'écho.

CI au MTX : anomalie du bilan hépatique, du bilan rénal,
thrombopénie inf à 100000, leucopénie inf à 2000, anémie

Indication du TRT médical :

GEU pauci symptomatique

GEU non visible à l'écho

GEU peu évolutive : AC négative, B HCG inf à 5000UI/l ;
hémoperitoine inf à 100ml

Cas particulier : GEU sur trompe unique, GEU interstitielle

Score de Fernandez inf ou égale à 13

	1	2	3
Terme en J	> 49	≤49	≤42
B HCG	≤ 1000	≤5000	>5000
progesteronemie	≤ 05	≤10	>10
douleurs	00	Provoquée	spontanée
hematosalpinx	≤01	≤03	>03
hémoperitoine	≤10	≤100	>100

SCORE DE FERNANDEZ

► *Traitement chirurgical :*

Indication :

Rupture tubaire

GEU active (B HCG sup. à 10.000, AC positive)

GEU hétérotopique

Patiente non compliant

Récidive homolatérale de GEU

Si coelio diagnostic est nécessaire

Indication de Salpingectomie :

Saignement incontrôlable

Récidive homolatérale de GEU

Femme ne désirant plus de grossesse

Hématosalpinx sup. à 6 cm

Trompe controlatérale saine

Indication du traitement conservateur

Femme jeune nulligeste

Trompe gravide permettant une conservation

Le score de **BRUHAT** peut aider à choisir entre traitement radical et conservateur.

Localisation:

Pavillon 1

Ampoule 0

Isthme 1

ATCD :

Stérilité 2

GEU 2

Plastie tubaire 3

Trompe uniques:

Salpingectomie ant 2

Trompe controlatérale obstruée 2

GEU bilatérale récidivante 1

Rupture de la trompe 1

Inférieur à 5 : traitement conservateur.

Supérieur à 5 : traitement radicale.

VII-PRONOSTIC:

La GEU est une cause de morbidité maternelle.

La récurrence est fréquente avec 30% de stérilité.



VIII- CONCLUSION:

- ▶ La GEU est de plus en plus fréquente, toujours grave.
- ▶ Première cause de mortalité maternelle au T.
- ▶ Gênant la fertilité des parents.
- ▶ Son diagnostic repose sur le couple B HCG écho endovaginale.
- ▶ Sa prise en charge est bien codifiée elle fait appel à un large arsenal thérapeutique.
- ▶ Actuellement son traitement chirurgical est cœlioscopique sauf CI.