

La grossesse extra-utérine

SADJIA BOUZID MCA
ENSEIGNEMENT GRADUATION
EPH BELFORT
LE 27 SEPTEMBRE 2023

Plan

I/Introduction Rappel

II/Epidémiologie

III/localisation

IV/Facteurs de risque

V/Théories étiologiques et Etiopathogénie

VI/Diagnostic clinique

- Symptomatologie
- Examen physique

VII/Formes clinique

- GEU tubaire rompue (hématosalpinx)
- Hématocèle enkystée
- Grossesse hétérotopique

- GEU de siège inhabituelle

- Interstitielle – angulaire – cornuale - ovarienne - cervicale -- abdominale

VIII/Examen complémentaire

- Biologie: dosage des b HCG – de progestéronémie
- Echographie

X/ diagnostique différentiel

IX/Prise en charge

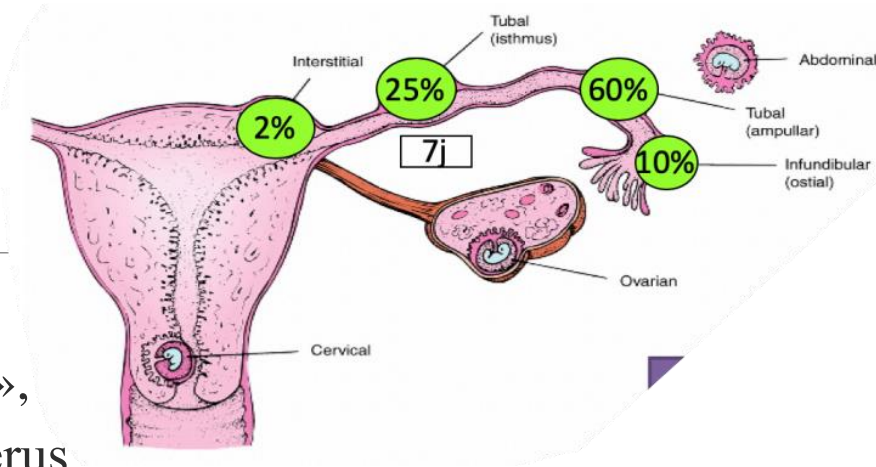
Moyens:

- Abstention
- Traitement médical
- Traitement chirurgical
 - Conservateur
 - Non conservateur

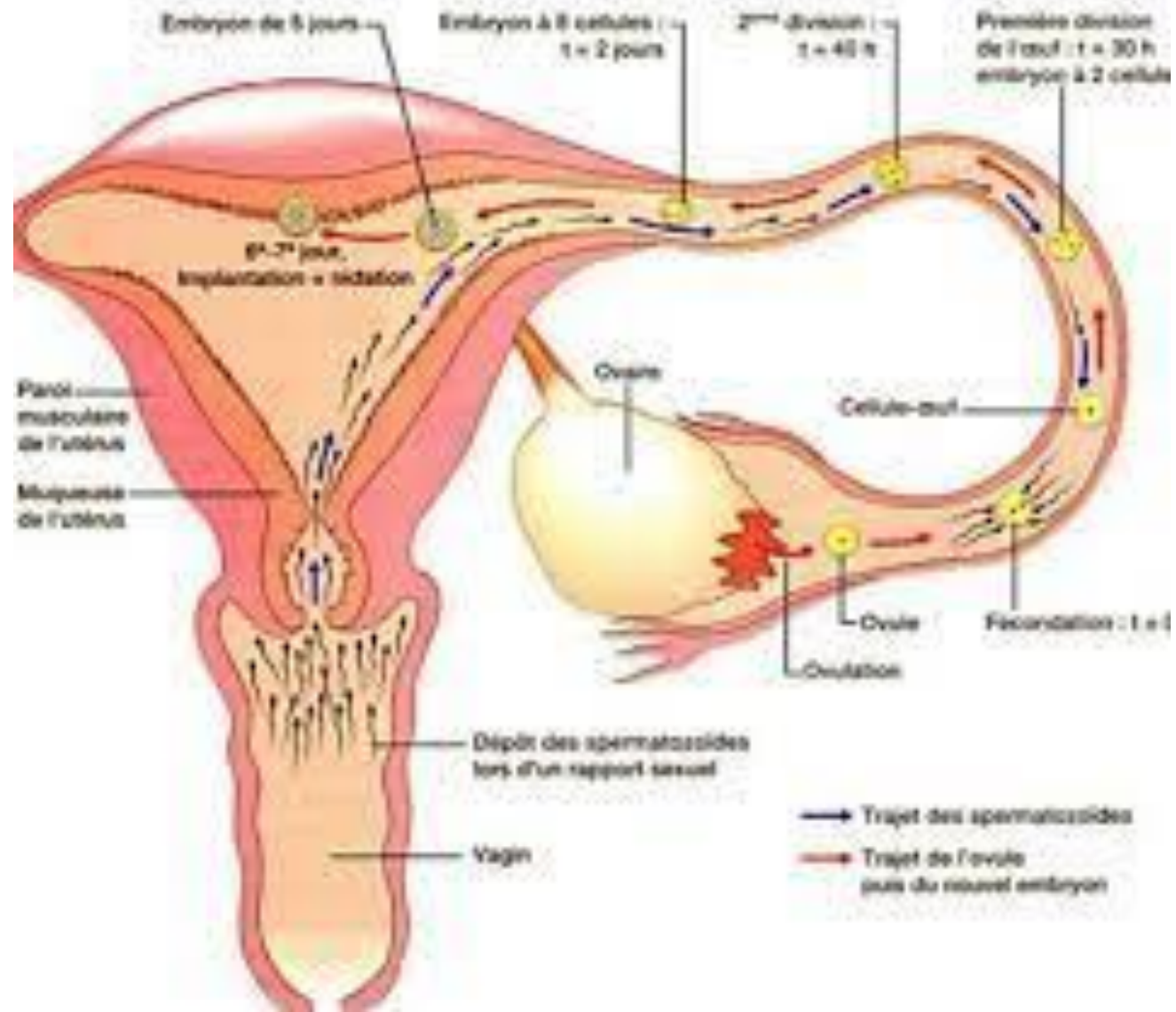
Indications

Introduction

- La grossesse extra-utérine (GEU) ou ectopique
 - provenant du mot grec « ektopos » signifiant « pas à sa place »,
 - correspond à l'implantation du trophoblaste en dehors de l'utérus
 - le plus souvent dans la trompe
 - rarement dans l'ovaire ou la cavité péritonéale
 - causes majeures de mortalité au T1 de la grossesse.
 - Son diagnostic a gagné en précocité
 - dosage plasmatique quantitatif de la *beta human chorionic gonadotropin* (β hCG)
 - et aux performances améliorées de l'échographie endovaginale
 - urgence vitale → une prise en charge chirurgicale immédiate en cas de rupture tubaire.



Rappel



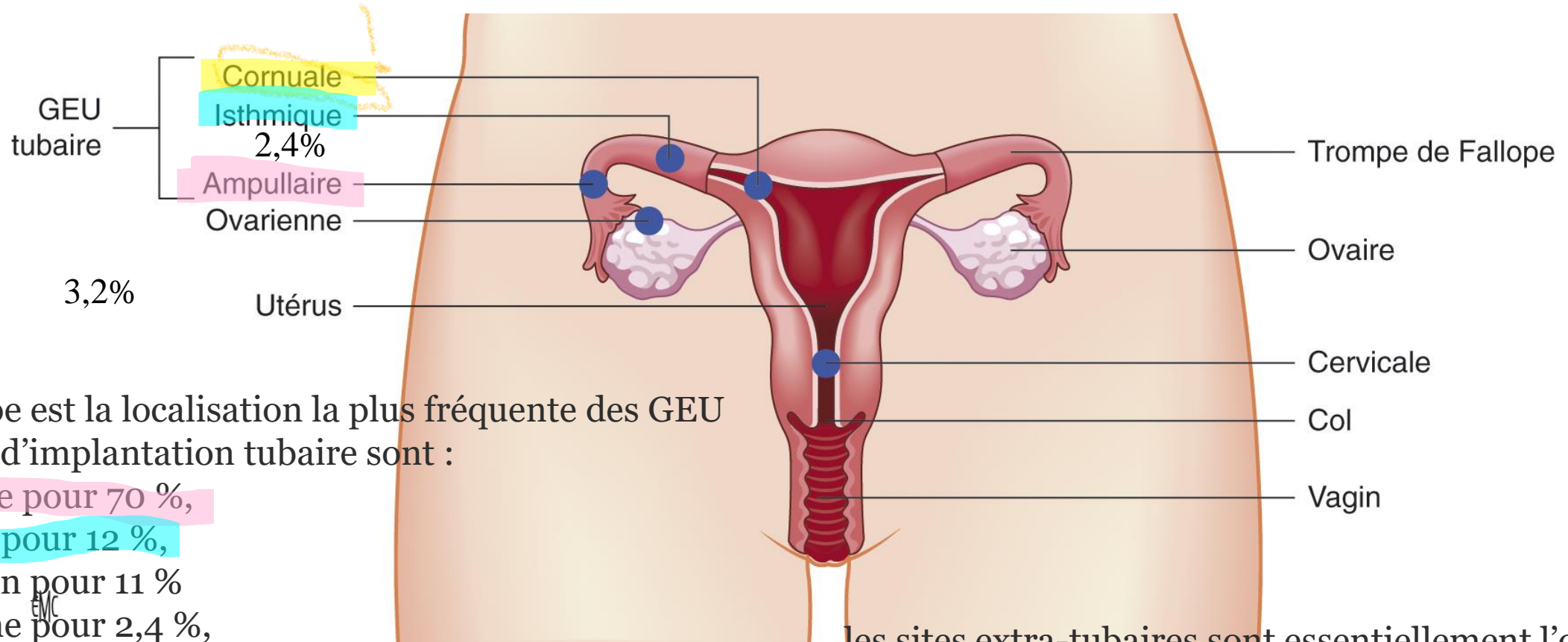
Epidémiologie

L'incidence de la GEU dans les pays développés était de l'ordre de **100 à 175 GEU** par an pour **100 000** femmes de 15 à 44 ans dans les années **1980**.

Après cette forte augmentation liée à la recrudescence des infections génitales, l'incidence a décru au cours des années 2000 pour atteindre **95 GEU** par an pour **100 000 femmes**, correspondant à environ **2 %** de toutes les grossesses .

Dans le monde, le taux des mortalités maternelles est à environ **10 %**, correspondant à un problème majeur de santé publique au T1 de la grossesse.

Localisation



La trompe est la localisation la plus fréquente des GEU
Les sites d'implantation tubaire sont :

l'ampoule pour 70 %,
l'isthme pour 12 %, ^{EMC}
le pavillon pour 11 %
et la corne pour 2,4 %, ^{EMC}

les sites extra-tubaires sont essentiellement l'ovaire, l'abdomen ou le col.

Facteurs de risque

1. Antécédents d'infection génitale ou chirurgie tubaire
2. Tabac
3. Âge
4. Antécédents gynéco-obstétricaux
 - Antécédent de GEU
 - Antécédents d'interruption volontaire de grossesse et d'avortement spontané
 - Stérilet et antécédent de stérilet
 - Microprogestatifs
5. Infertilité antérieure et procréation médicalement assistée

Théories étiologiques et pathogéniques

- Le trophoblaste ne peut s'implanter que lorsque le blastocyste est sorti de la zone pellucide, soit 4 à 5 jours après l'ovulation.

À cette date, l'embryon se trouve normalement dans la cavité utérine.

- Pour qu'il y ait une implantation tubaire, il est indispensable que l'embryon soit dans la trompe entre le 4^{ème} et le 7^{ème} jour.
 - Anomalie de captation de l'ovocyte
 - Retard de migration : mécanique ou hormonale

Diagnostic clinique

Symptomatologie clinique

Interrogatoire

il faut rechercher des signes de grossesse

L'**aménorrhée** et les signes sympathiques de grossesse (nausée, vomissement, tension mammaire) permettent d'orienter le diagnostic, mais la fiabilité de l'interrogatoire est insuffisante pour éliminer une grossesse

Il existe parfois des formes atypiques où le retard de règles est inconstant.

➤ Métrorragies

Classiquement noirâtres ou sépia, généralement peu abondantes.

- L'existence de métrorragies oriente vers une évolution anormale de la grossesse
- Le diagnostic différentiel entre avortement spontané, GEU et GIU normalement évolutive
- De façon inverse, les métrorragies peuvent être absentes dans les formes précoces

➤ Douleurs abdomino-pelviennes

Souvent latéralisées, spontanées, quelles que soient leurs caractéristiques.

- Toutes les sémiologies douloureuses peuvent en effet se voir dans la GEU
- Les douleurs peuvent parfois manquer dans certains cas

Examen physique

À l'examen physique, on peut retrouver:

- ❑ douleur latéralisée à la palpation abdominale
- ❑ douleur de rebond ou défense (signes d'irritation péritonéale)
- ❑ douleur à la mobilisation utérine
- ❑ métrorragies sépia retrouvées au spéculum
- ❑ au toucher vaginal, l'utérus est moins gros que l'âge supposé de la grossesse.
 - Il existe une masse latéro-utérine douloureuse et le cul-de-sac de Douglas est sensible (signant déjà un épanchement débutant).
- ❑ Par ailleurs, jusqu'à un tiers des femmes n'ont aucun symptôme particulier

Formes cliniques

GEU tubaire rompue (hématosalpinx)

La rupture cataclysmique de GEU est une **urgence chirurgicale** mettant en jeu le **pronostic vital**. Elle présente le tableau classique d'un choc hémorragique par hémopéritoine avec

- pression artérielle abaissée
 - pouls accéléré
 - malaises, lipothymies
 - défense à la palpation abdominale
 - scapulalgies
 - douleur exquise au toucher vaginal: « cri du Douglas ».
- Elle correspond soit à:
 - l'évolution ultime d'un hématosalpinx
 - soit à l'envahissement de la paroi tubaire par le trophoblaste.
 - La rupture est d'autant plus hémorragique que la GEU a une implantation proximale ou en regard du mésosalpinx.
(interstitielle ou isthmique)

Hématocèle enkystée

- L'hématocèle enkystée est une forme rare
- correspondant à une rupture ancienne et évoluant à bas bruit.
- Sa symptomatologie est pathognomonique de la GEU:
 - à l'interrogatoire:
 - douleurs pelviennes (évoluant depuis plusieurs jours ou semaines)
 - métrorragies, parfois épisodes syncopaux
 - à l'examen clinique:
 - défense sous-ombilicale inconstante
 - cul-de-sac de Douglas bombé
 - hyperalgique au toucher vaginal.





Association GEU et GIU (hétérotopique)

- L'association d'une GEU et d'une GIU est exceptionnelle en dehors du contexte de la PMA.
- L'aggravation de la symptomatologie douloureuse ou l'existence d'une masse annexielle doivent faire penser au diagnostic devant la certitude d'une GIU.
- Le traitement est compliqué par le souci de préserver si possible la GIU.

Grossesse extra-utérine de siège inhabituel

sont très rares.

GEU interstitielle, angulaire et cornuale

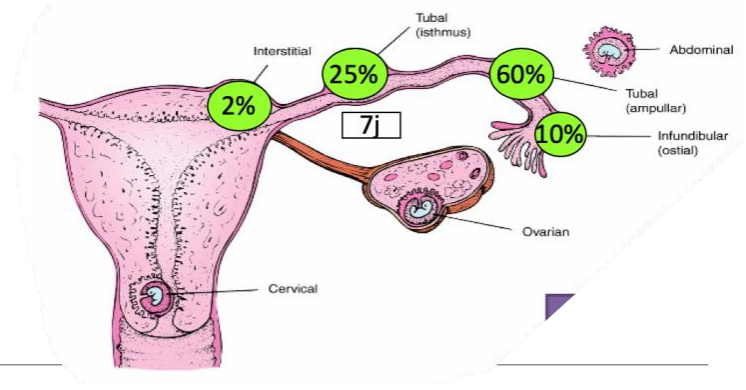
La grossesse interstitielle se développe dans la portion intramurale de la trompe.

La GEU angulaire se développe au niveau de l'ostium tubaire au fond de la corne utérine.

Une GEU implantée dans la corne rudimentaire d'un utérus bicorne est définie comme cornuale.

Le développement de ces types de GEU est **plus long** et les signes **cliniques plus tardifs**.

La **rupture est toutefois fréquente et souvent brutale dans un tableau d'hémorragie cataclysmique**.

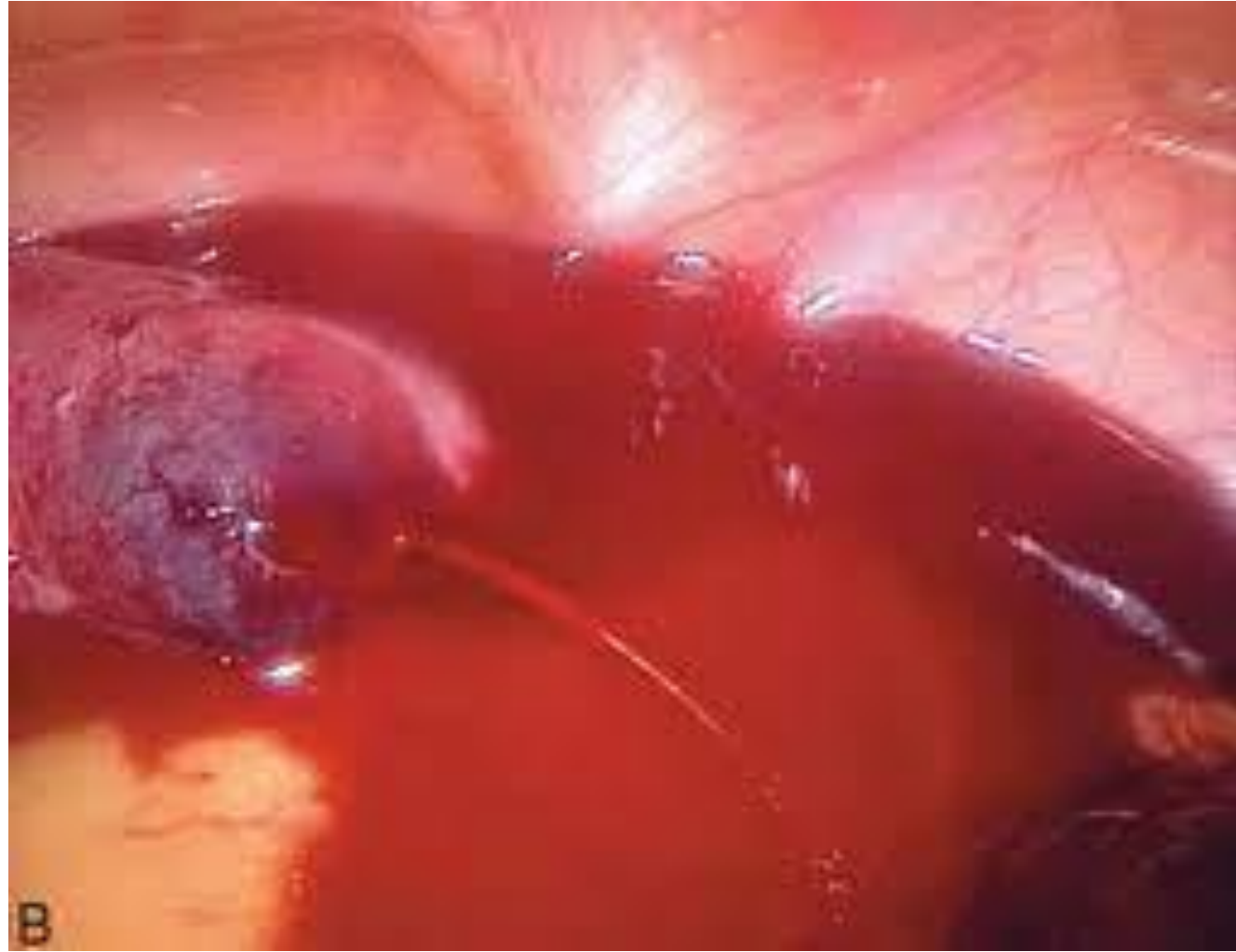


GEU ovarienne

Elle se définit par la présence d'un tissu embryonnaire greffé sur l'ovaire. Le diagnostic repose sur 4 critères :

1. les trompes sont indemnes des deux côtés;
2. le sac ovulaire occupe la place anatomique de l'ovaire
3. ovaire et GEU sont reliés à l'utérus par le ligament utéro-ovarien
4. présence de tissu ovarien dans la paroi du sac ovulaire.

Il est clair cependant qu'il faut bien distinguer la grossesse ovarienne de l'avortement tubo-abdominal



Grossesse cervicale

Elle est la plus rare.

La grossesse purement cervicale est incompatible avec l'obtention d'un fœtus viable et doit donc être stoppée dans son évolutivité aussitôt le diagnostic effectué.

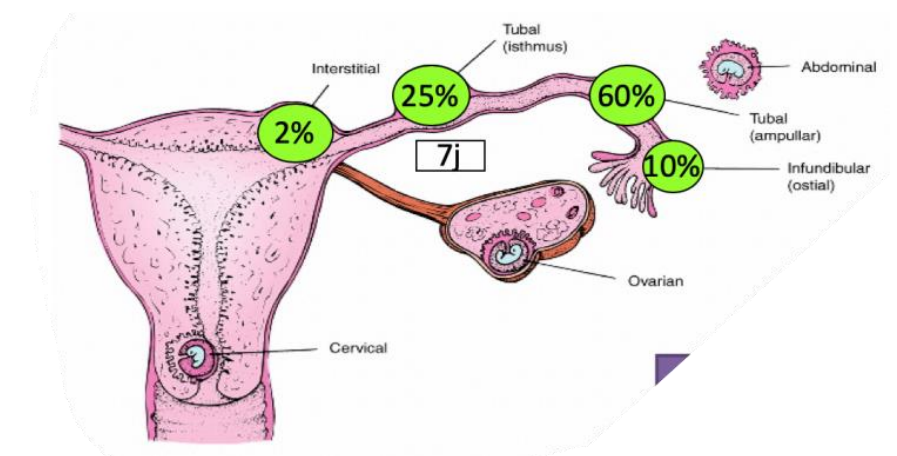
En revanche, une grossesse cervico-isthmique peut évoluer jusqu'à la viabilité.

La grossesse cervicale peut être, en absence de diagnostic et de prise en charge, responsable de graves **complications hémorragiques**

Grossesse abdominale

Elle se définit par une implantation trophoblastique dans la grande cavité coelomique sur le péritoine, en général sur des zones favorables à l'insertion placentaire telles les anses intestinales et l'épiploon.

Elle met en jeu le pronostic vital maternel



Examens complémentaires

Biologie

1. Dosage des β hCG plasmatiques

- Une grossesse anormale (non évolutive ou ectopique) doit être suspectée si le taux de β hCG n'augmente pas d'au moins 66 % en 48 heures .
- Il est aujourd'hui démontré que le risque de rupture tubaire n'est pas proportionnel au taux de β hCG.

2. Progestéronémie

Un dosage de progestérone inférieur à 15 nmol/l est associé respectivement à un avortement spontané dans 85 % des cas, à une GEU dans 14 % des cas et à une grossesse évolutive dans 0,2 % des cas [[]

Echographie

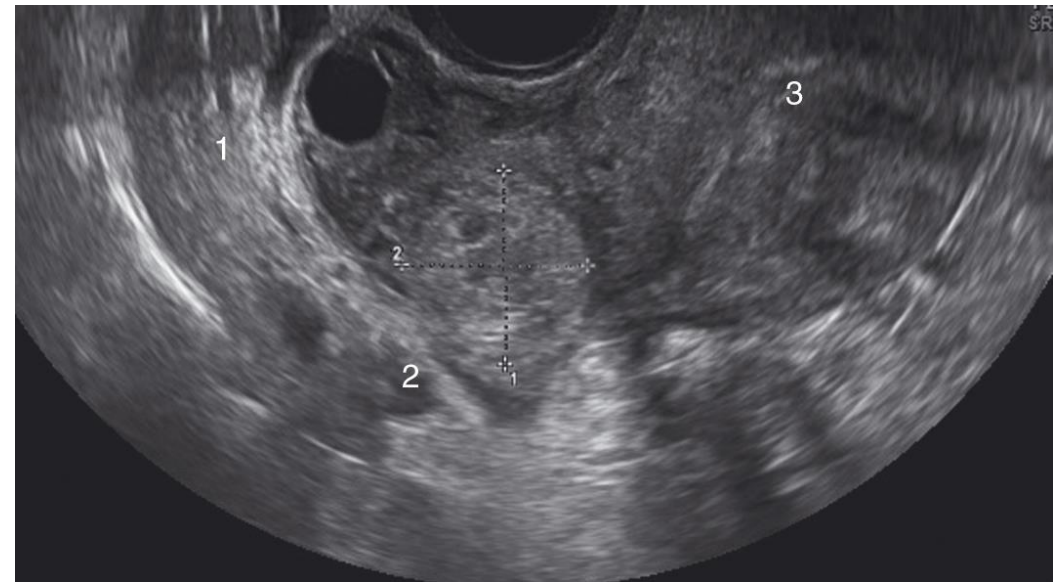
Corps jaune gravidique

C'est un corps jaune typique et souvent volumineux, voire kystique.

Il ne présente aucun caractère particulier selon le siège intra- ou extra-utérin de la grossesse.

Cependant, en cas de GEU, ce corps jaune siège le plus souvent (85 % des cas) du même côté que la GEU .

L'œuf ectopique ou l'hématosalpinx doit donc être recherché, en priorité, à proximité de l'ovaire « actif ».



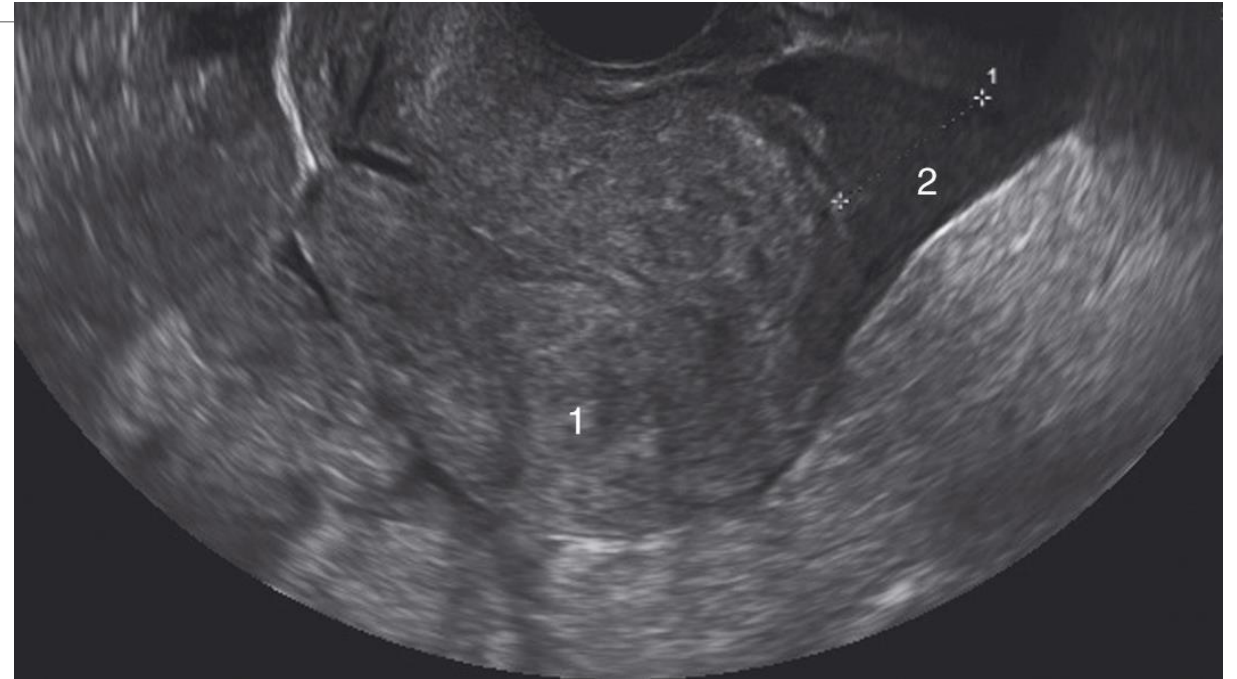
Echographie

Endomètre décidualisé

À l'échographie, l'endomètre décidualisé est habituellement épais (10–15 mm), modérément hyperéchogène de façon diffuse.

Cet épaissement endométrial n'est pas informatif et ne permet ni d'exclure ni d'affirmer une GEU, et ceci quel que soit le taux de β hCG. Ainsi, en cas de GEU, l'épaisseur endométriale varie de 2 à 20 mm, alors qu'elle varie de 2 à 22 mm dans les GIU évolutives et de 2 à 18 mm dans les avortements spontanés.

Quoi qu'il en soit, l'échographie doit être impérativement confrontée au dosage quantitatif de β hCG.



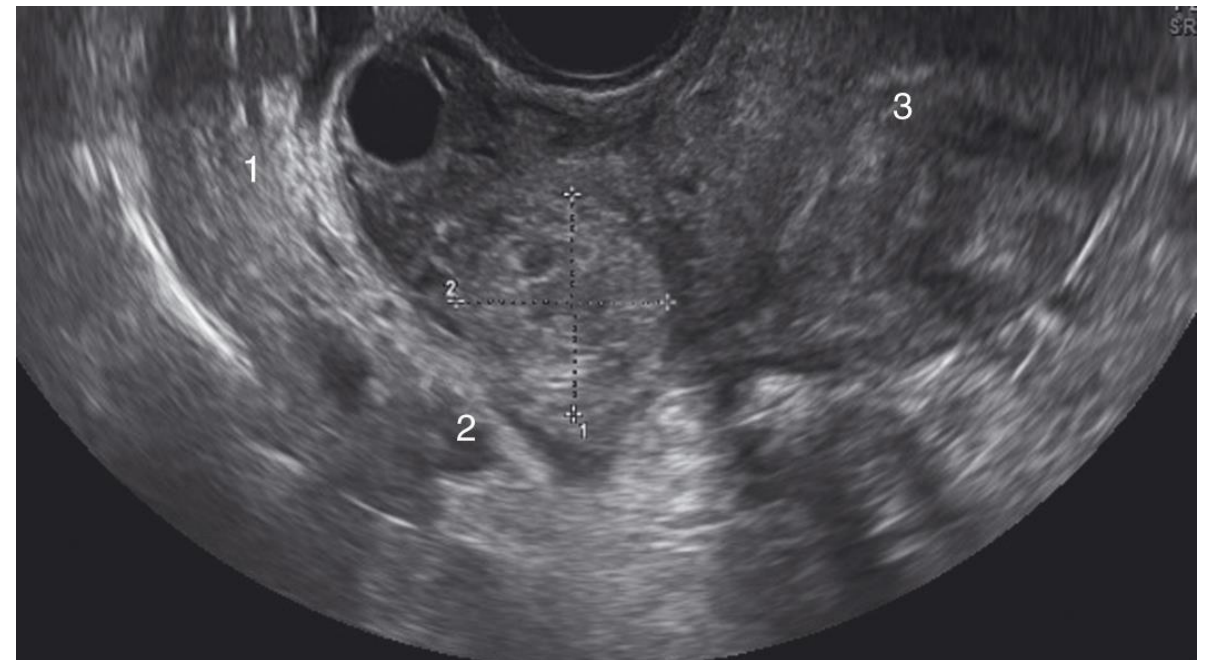
Signes indirectes de GEU

- Vacuité utérine
- Image de pseudo sac
- Hémopéritoine



Signes directs de GEU

- Sac gestationnel extra-utérin :MLU
- Hematosalpinx



Diagnostics différentiels

Le diagnostic de GEU doit toujours être évoqué chez une femme en âge de procréer présentant des métrorragies ou des douleurs pelviennes, avec ou sans contexte d'aménorrhée.

Le dosage du taux de β hCG doit alors être systématique.

Si le taux de β hCG est positif et qu'une GEU a été éliminée, il peut s'agir également d'un des diagnostics suivants:

- avortement spontané
- GIU hémorragique
- grossesse molaire.

En l'absence de grossesse, les diagnostics à éliminer seraient:

- torsion d'annexe
- rupture de kyste de l'ovaire
- torsion d'un fibrome pédiculé
- infection tubaire: salpingite, pyosalpinx, hydrosalpinx;
- pathologies urologiques: pyélonéphrite, colique néphrétique;
- pathologie digestive: appendicite aiguë.

Prise en charge

Le niveau d'activité de la GEU est le facteur déterminant dans le choix du traitement

Plus la GEU est active, plus le risque de rupture tubaire est élevé ou la rupture s'est déjà produite.

- Chez ces patientes, toute tentative de les traiter médicalement est à haute probabilité de se solder par un échec thérapeutique.

Plusieurs auteurs ont proposé des scores thérapeutiques → une aide dans ce choix thérapeutique,

L'utilisation d'un seul paramètre biologique qu'est le taux de β hCG est recommandée pour l'évaluation du niveau d'activité de la GEU

Au total, une GEU est considérée peu active

- si le taux de β hCG est < à 5000 UI/l
- sans activité cardiaque
- chez une patiente asymptomatique
- avec un état hémodynamique stable

Paramètres des différents scores

- Douleur, âge, gestationnel, activité cardiaque
- Tx de Bhcg
- Démentions de l'image ILU hématocèle ou de l'hématosalpinx
- L'hémopéritoine
- Tx de progestéronémie

Trois attitudes

- Abstention thérapeutique
- Traitement Médical
- Traitement chirurgical

Abstention thérapeutique

- Une surveillance simple est à privilégier pour des GEU très peu actives
- ou des grossesses de localisation inconnue avec un taux de βhCG < à 1500 UI/l
 - et/ou en stagnation.

Traitement Médical

➤ Le traitement médical de la GEU donne des résultats en termes d'efficacité qui en font une véritable alternative au traitement chirurgical.

➤ Selon des indications précises, le traitement de référence est le **méthotrexate** dont l'efficacité a été rapportée pour la première fois par Tanaka et al. en 1982.

➤ La posologie utilisée dans les GEU est de **1 mg/kg ou 50 mg/m²**.

Indications d'un traitement médical par méthotrexate

- Patiente peu symptomatique ou asymptomatique
- État hémodynamique stable
- Taux de β hCG < 5000 UI/l (GEU peu active)
- Hémopéritoine minime (< 100 ml) ou absent
- Hématosalpinx < 3 cm
- Absence d'activité cardiaque visible à l'échographie
- Échec d'une chirurgie conservatrice

-
- Patiente multi opérée.
 - Syndrome adhérentiel majeur.
 - Obésité morbide.
 - Contre-indication à l'anesthésie.
 - GEU de siège inhabituel (interstitielle, angulaire, ovarienne, cervicale).

Contre-indications d'un traitement médical par méthotrexate

- État hémodynamique instable
(saignement actif, rupture tubaire)
- Taux de β hCG > 5000 UI/l
- Hémopéritoine > 100 ml
- Hématosalpinx > 3 cm
- Embryon avec activité cardiaque visible à l'échographie
- Contre-indication médicale au méthotrexate
- Mauvaises compliance et adhésion de la patiente
- Doute diagnostique

Mode d'action

- Le méthotrexate est un antagoniste de l'acide folique.
- De par son tropisme pour les cellules du trophoblaste,
- il entraîne une destruction des cellules partielle mais suffisante pour interrompre le signal hormonal endogène
- et provoquer la régression de la GEU.

Les contre-indications au méthotrexate sont:

- une thrombopénie inférieure à 100 000/mm³
- une anomalie de la coagulation sanguine,
- une insuffisance rénale
- et une insuffisance hépatique .

Le bilan préthérapeutique doit comporter

- une numération formule sanguine,
- un bilan de la coagulation,
- un bilan hépatique et rénal.

Injection intramusculaire

- Le schéma à une injection de méthotrexate à 1 mg/kg permet une réinjection à la même posologie si nécessaire, c'est-à-dire au cas la concentration de β hCG ne devait pas chuter suffisamment (β hCG au septième jour > au β hCG initial, ou hebdomadaire < à 15 %)
- Le schéma à deux injections consiste à une administration au jour 0, et une deuxième injection à la même posologie au quatrième jour.
- Le schéma multidoses comprend quatre injections à la même posologie aux jours 1, 3, 5, et 7, avec l'administration concomitante d'acide folique (0,1 mg/kg) aux jours 2, 4, 6 et 8.

4 schémas thérapeutiques

Une seule
injection IM puis
si nécessaire .. j7

Schemas 2
injections j1 et j4

Multidoses
j0j3j5j7acide
folique j2j4j6j8

Injection in situ

Injection in situ

L'injection in situ de méthotrexate sous contrôle échographique est plus volontiers proposée en cas de GEU extratubaire (cornuale, interstitielle ou isthmique sur la cicatrice de césarienne) , mais peut aussi être réalisée sur les grossesses tubaires.

Les indications chirurgicales définissant les échecs du traitement médical sont:

- la survenue d'un état de choc
- l'apparition d'un hémopéritoine important
- des douleurs rebelles
- une non-décroissance du taux de β hCG après plusieurs injections de méthotrexate
- la persistance d'un hématosalpinx
- une contre-indication médicale à une nouvelle injection de méthotrexate du fait d'effets indésirables.

Surveillance

Les patientes sont revues à j2 pour une évaluation clinique et échographique, et à j4, j7 pour une évaluation clinique, échographique et biologique.

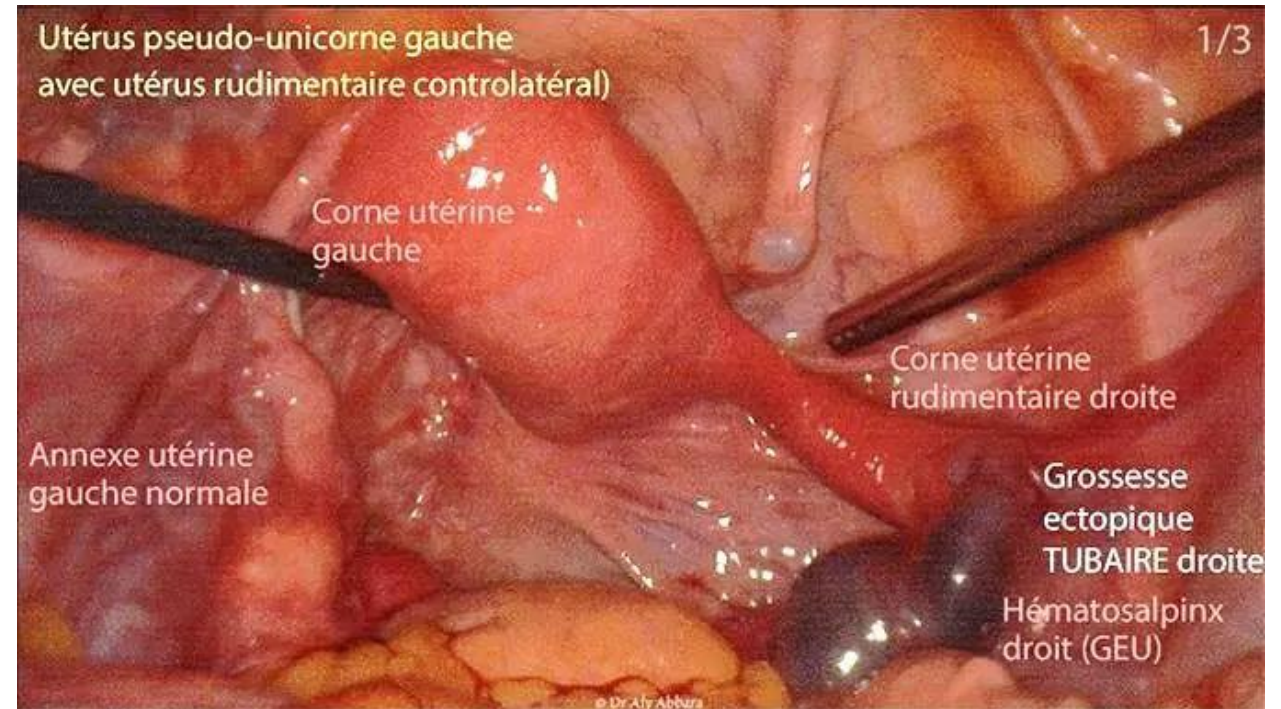
À j7, en plus du dosage de β hCG, on effectue :

- un contrôle de la numération globulaire, des plaquettes
 - du bilan de coagulation
 - du bilan rénal et hépatique.
 - Puis il va falloir doser le tx de β hCG 1 à 2 / par semaine jusqu'à négativation.
- Le délai moyen pour obtenir une négativation du taux de β hCG varie entre 27 et 33 jours

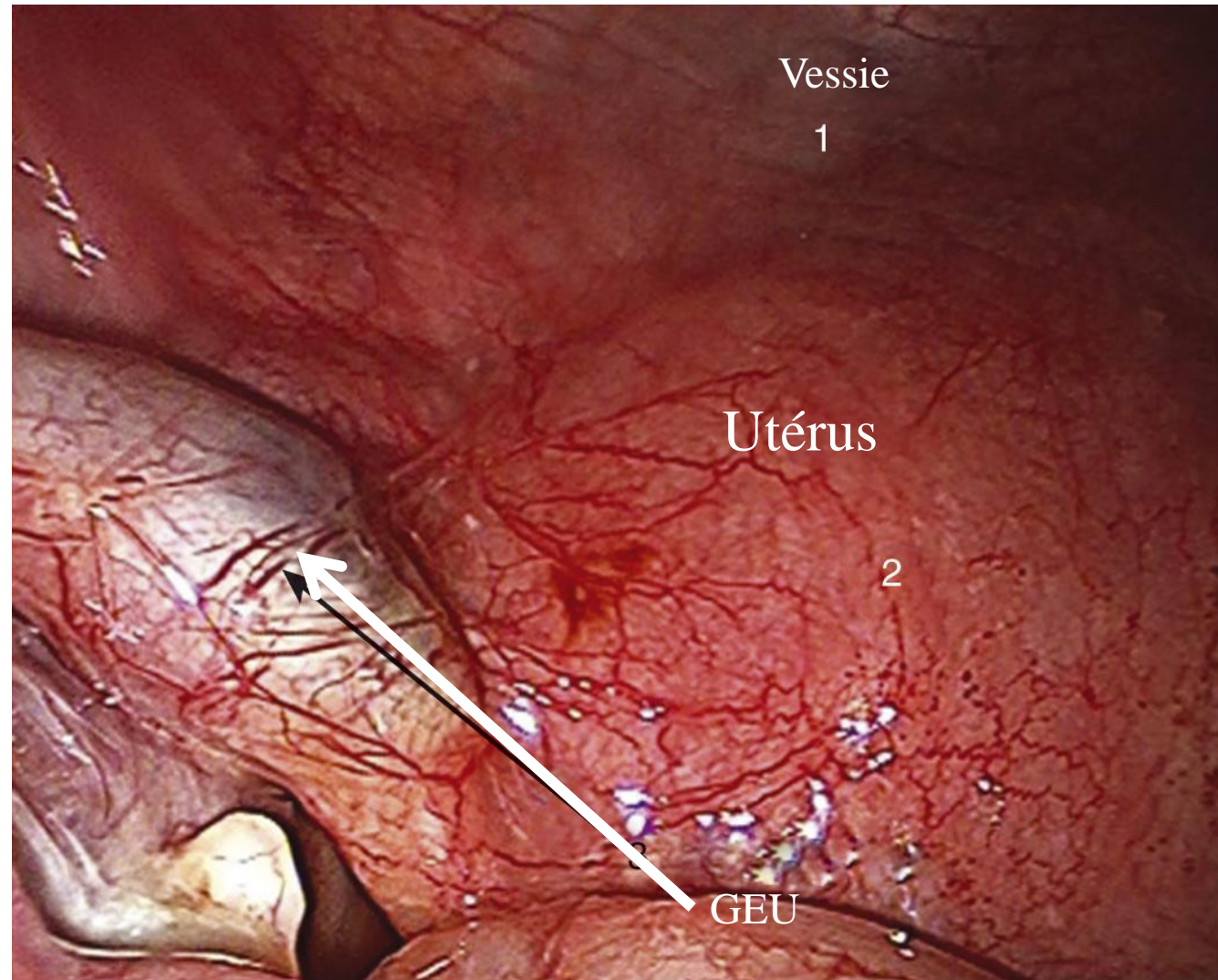
Traitement chirurgical

Le traitement de référence de la GEU est actuellement **coelio-chirurgical** puisque les avantages de l'endoscopie sur la laparotomie sont démontrés.

En effet, la coelioscopie va permettre la confirmation **diagnostique**, la localisation, puis le **traitement de la GEU**.



Utérus pseudo-unicornne avec corne rudimentaire controlatérale (et GEU tubaire associée)



Traitement conservateur : salpingotomie

■ Technique

Cette technique est la plus utilisée. Elle consiste en une incision linéaire à l'électrode monopolaire, aux ciseaux ou au laser sur le bord antimésial de la trompe en regard de la GEU.

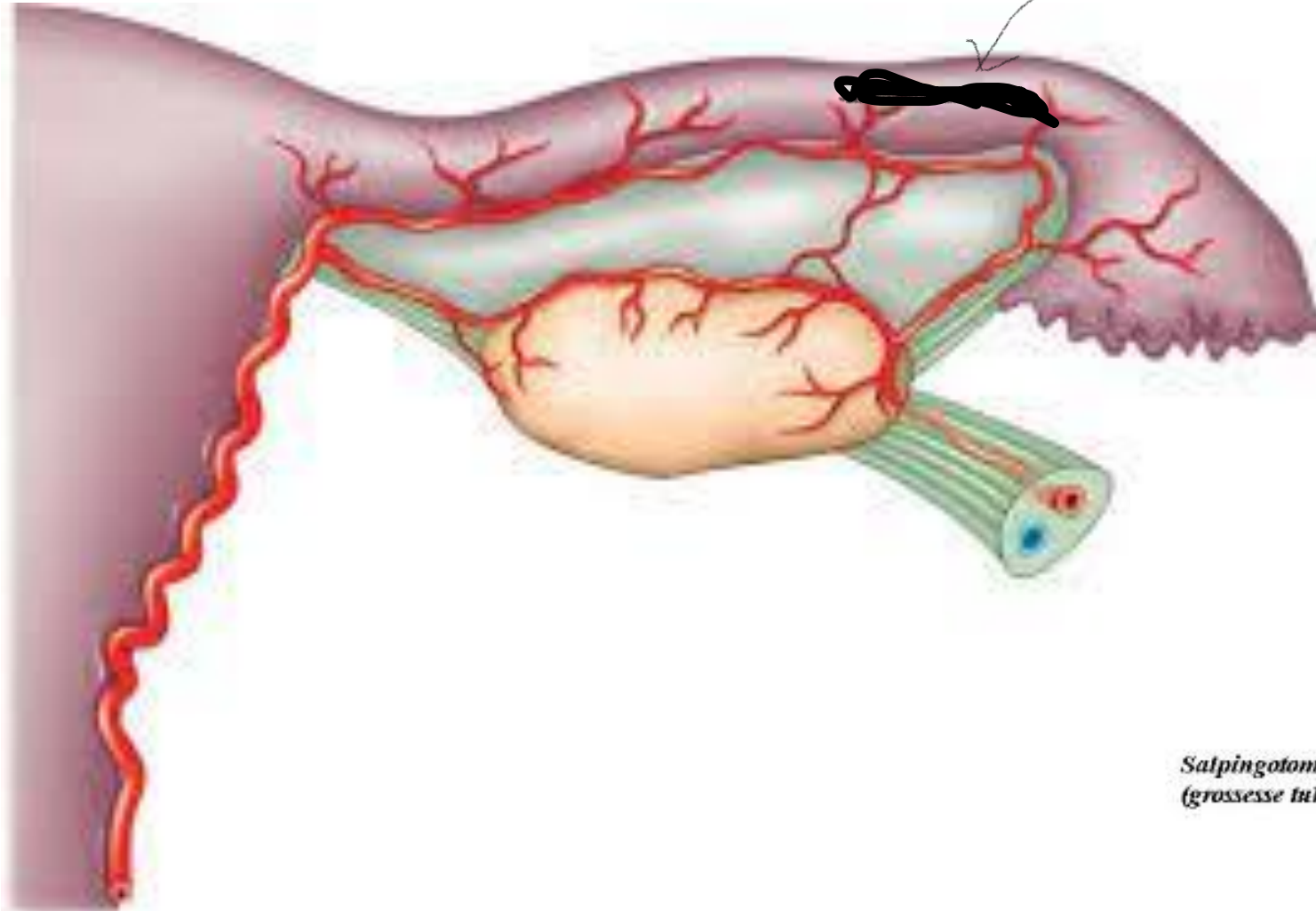
■ Indications

- chez les patientes jeunes désirant une grossesse ultérieure;
- quand la trompe atteinte n'est pas trop altérée;
- quand la trompe controlatérale est absente ou obstruée.

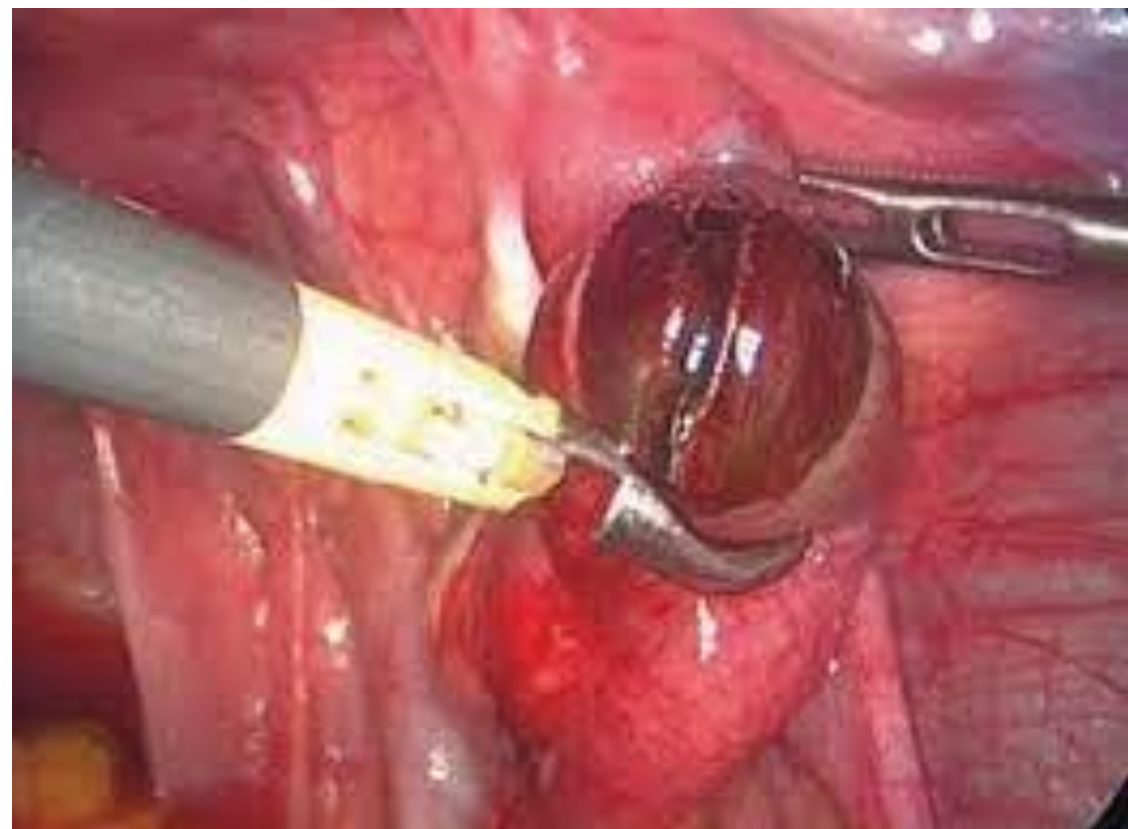
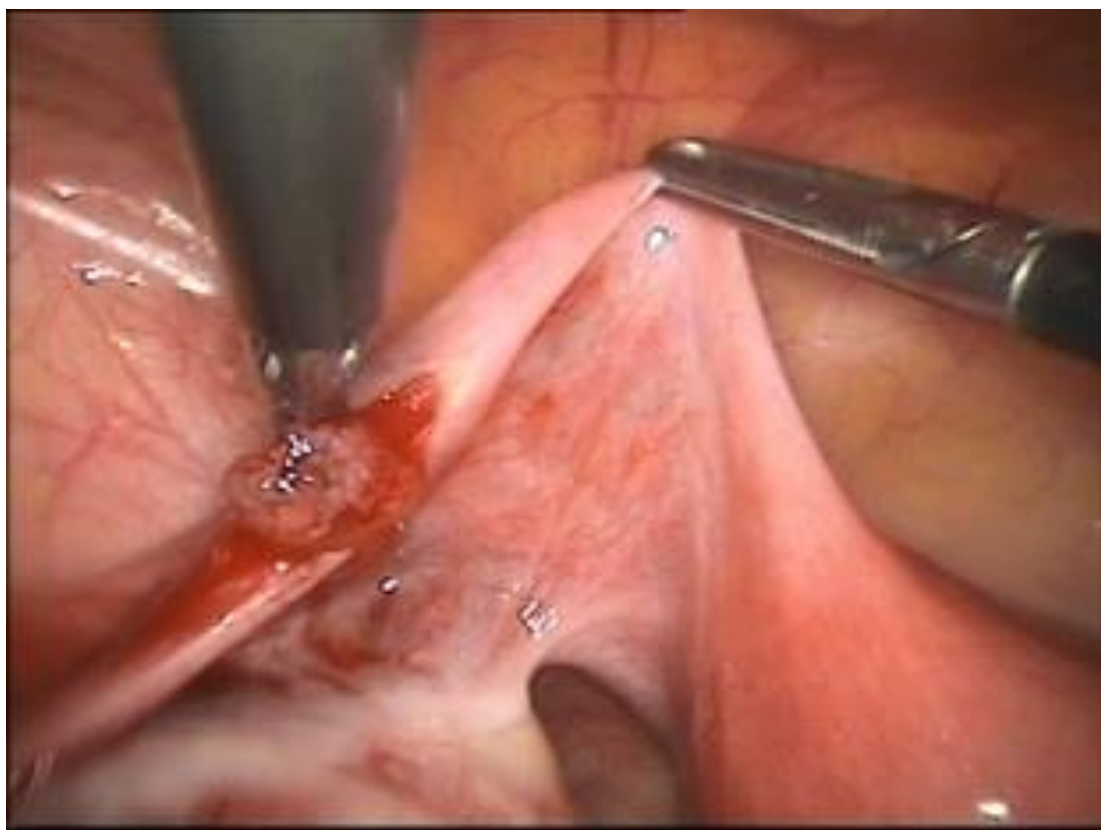
❑ Les caractéristiques de la GEU (taille, localisation et rupture tubaire) → peuvent rendre le geste difficile et influencer le chirurgien dans le choix d'un traitement radical.

❑ Le risque principal de la salpingotomie est l'échec thérapeutique lié à la persistance trophoblastique actif

salpingotomie



*Salpingotomie
(grossesse tubaire)*



Traitement radical: salpingectomie

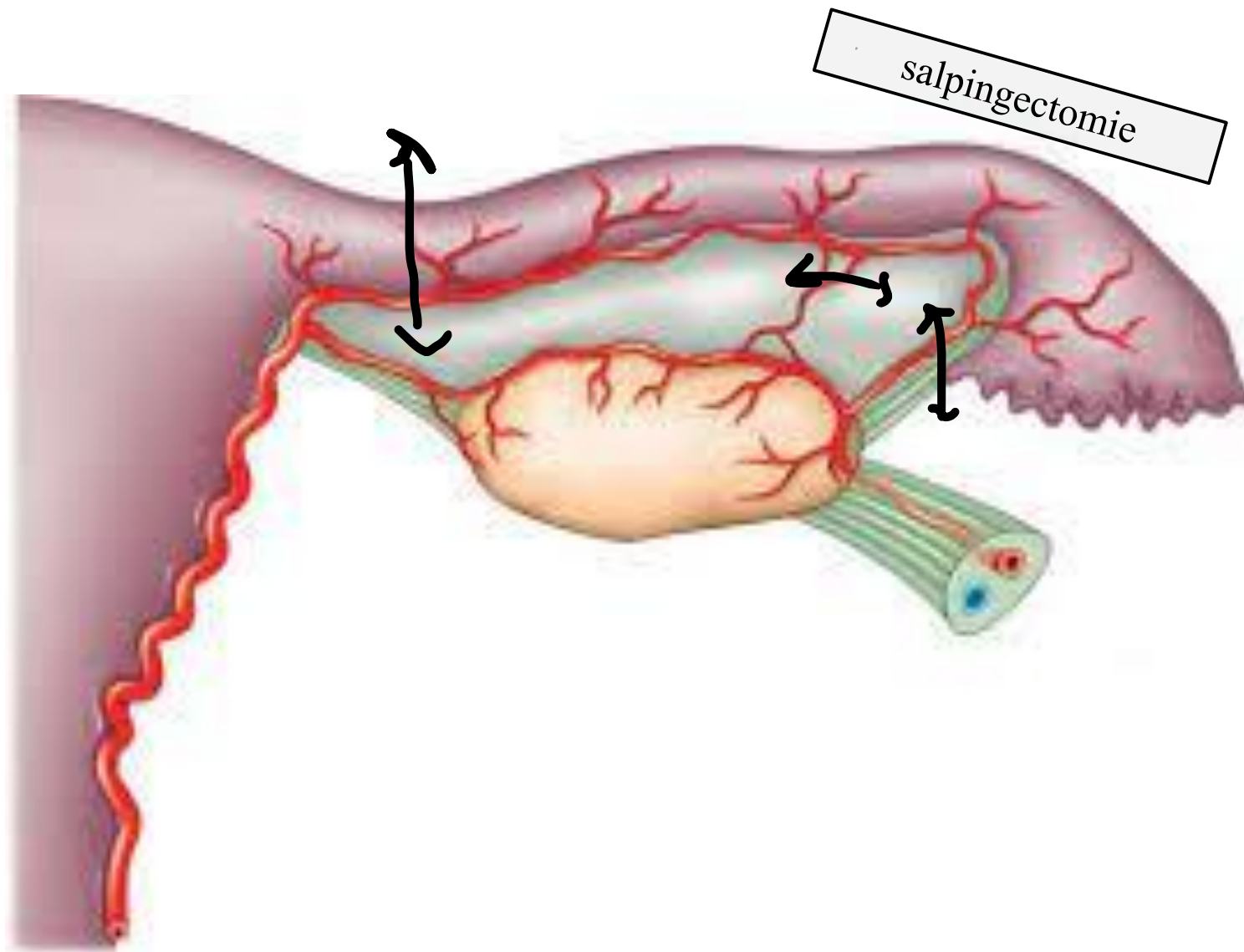
Technique:

Il s'agit d'une salpingectomie par coagulation-section à la pince bipolaire de l'isthme tubaire, du mésosalpinx et de son arcade tubaire, puis du ligament tubo-ovarien avec respect du ligament lombo-ovarien

Indications:

La salpingectomie est indiquée pour une GEU active :

- chez la patiente âgée non désireuse de grossesse ultérieure
- si la trompe est altérée
- si l'hémostase est impossible
- en cas de récurrence homolatérale de GEU
- si la trompe controlatérale est saine
- chez une patiente non compliant pour qui la surveillance postopératoire est impossible.



Laparotomie

- La laparotomie peut être conservatrice ou radicale.
- Les indications sont:
 - hémopéritoine massif avec instabilité hémodynamique;
 - contre-indications à la coelioscopie (patientes multiopérées, syndrome adhérentiel majeur);
 - opérateur non expérimenté ou matériel coelioscopique non disponible.

CONCLUSION

