

♀ 28 ans , Infirmière SAU, Douleurs abdominales diffuses depuis 36 heures

GB = 17000/mm<sup>3</sup>, CRP = 13

échographie : épanchement péritonéal abondant

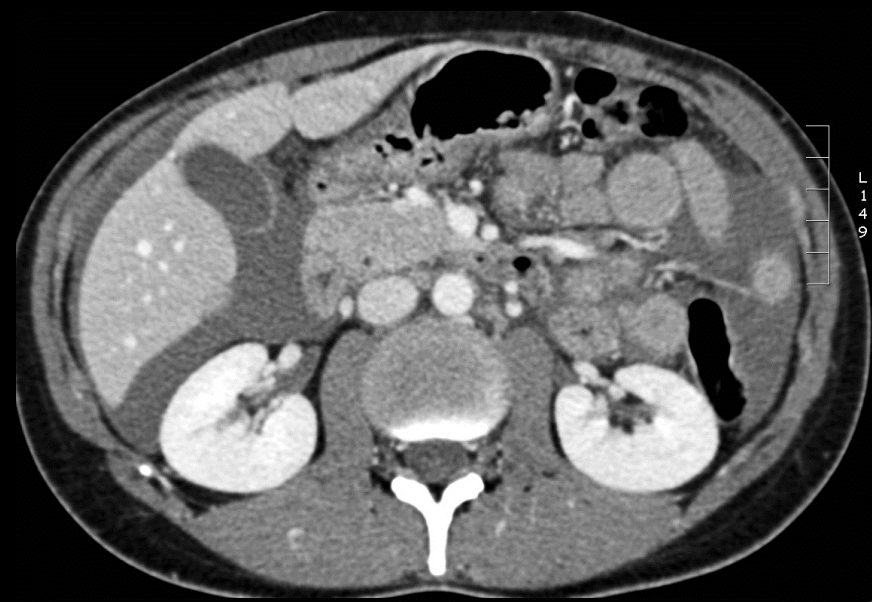
quel renseignement précieux pour le diagnostic peut-on découvrir sur la coupe scanographique ?



Alexandre Oliver CCA

on peut affirmer un **hémopéritoine** (volumes hyperdenses et sédimentation (hématocrite scanographique) et une **anémie aiguë** (vaisseaux intrahépatiques spontanément visibles)





sur les coupes injectées on objective un DUI et une **infiltration**  
**hématurique de l'annexe gauche**

sur les coupes injectées on objective un DIU et une infiltration

hématique de l'annexe gauche

**le dosage des béta HCG n'avait pas été jugé utile initialement**

**en raison de la présence du DIU.....**ce raisonnement surprenant

émanait d'une infirmière travaillant dans un service d'accueil des

urgences depuis plusieurs années ; l'entourage médical dont les

radiologues s'étant laissé convaincre....

# Grossesse extra-utérine et DIU

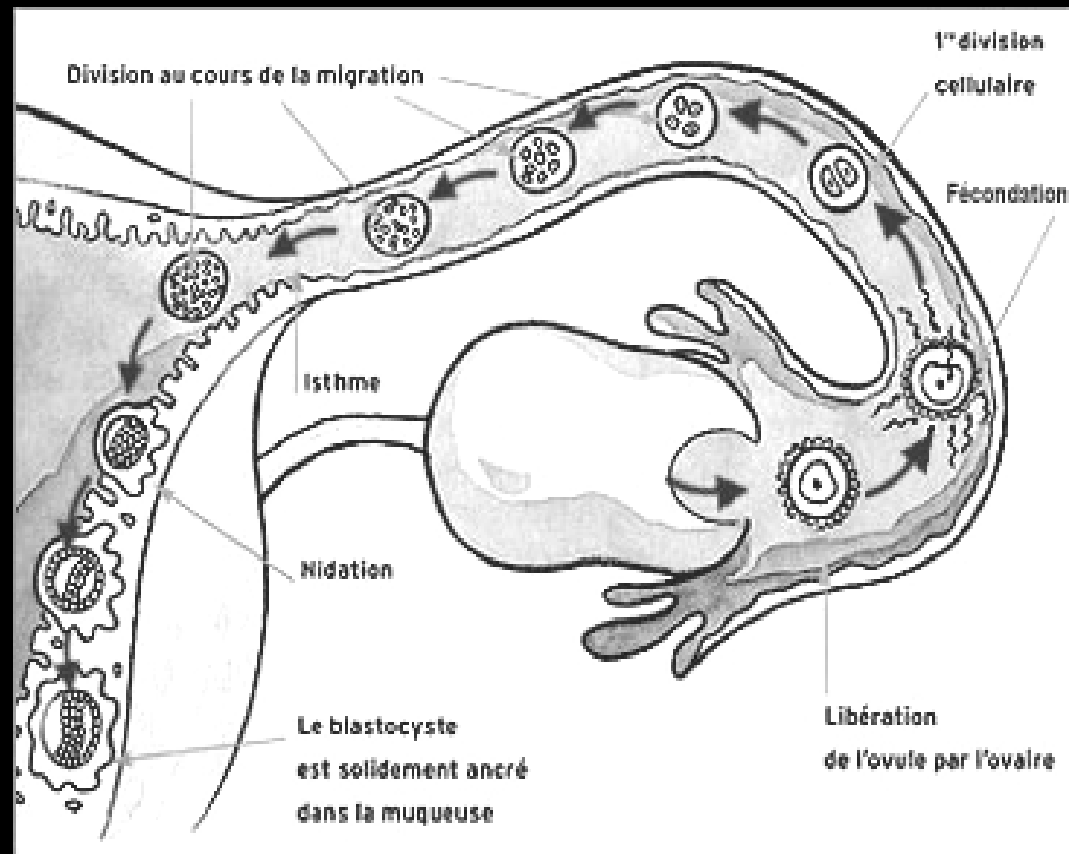
## grossesses extra-utérines

- Implantation et développement d'une grossesse en dehors de la cavité utérine
- Incidence: 1 à 3% des grossesses  
14 000 GEU par an en France
- Mise en jeu du pronostic vital
- **urgence thérapeutique**

# Physiologie

- Fécondation dans l'ampoule de l'une des deux trompes
- Migration de l'œuf fécondé jusqu'à la cavité utérine
- Nidation à J7
- Tout facteur perturbant la motilité tubaire favorise la GEU

migration, fécondation et nidation de l'ovule



# Facteurs de risque de GEU

- Salpingite +++ (Chlamydia)
- Tabac (role néfaste de la nicotine sur la fonction du tapis ciliaire des trompes)
- Atcd de GEU (15% de récurrences)
- Plastie, lésion ou malformation tubaire
- Chirurgie abdomino-pelvienne
- Endométriose tubaire
- FIV
- Utérus Distilbène®
- Compression extrinsèque de la trompe
- Progestatifs microdosés

# Facteurs de risque de GEU

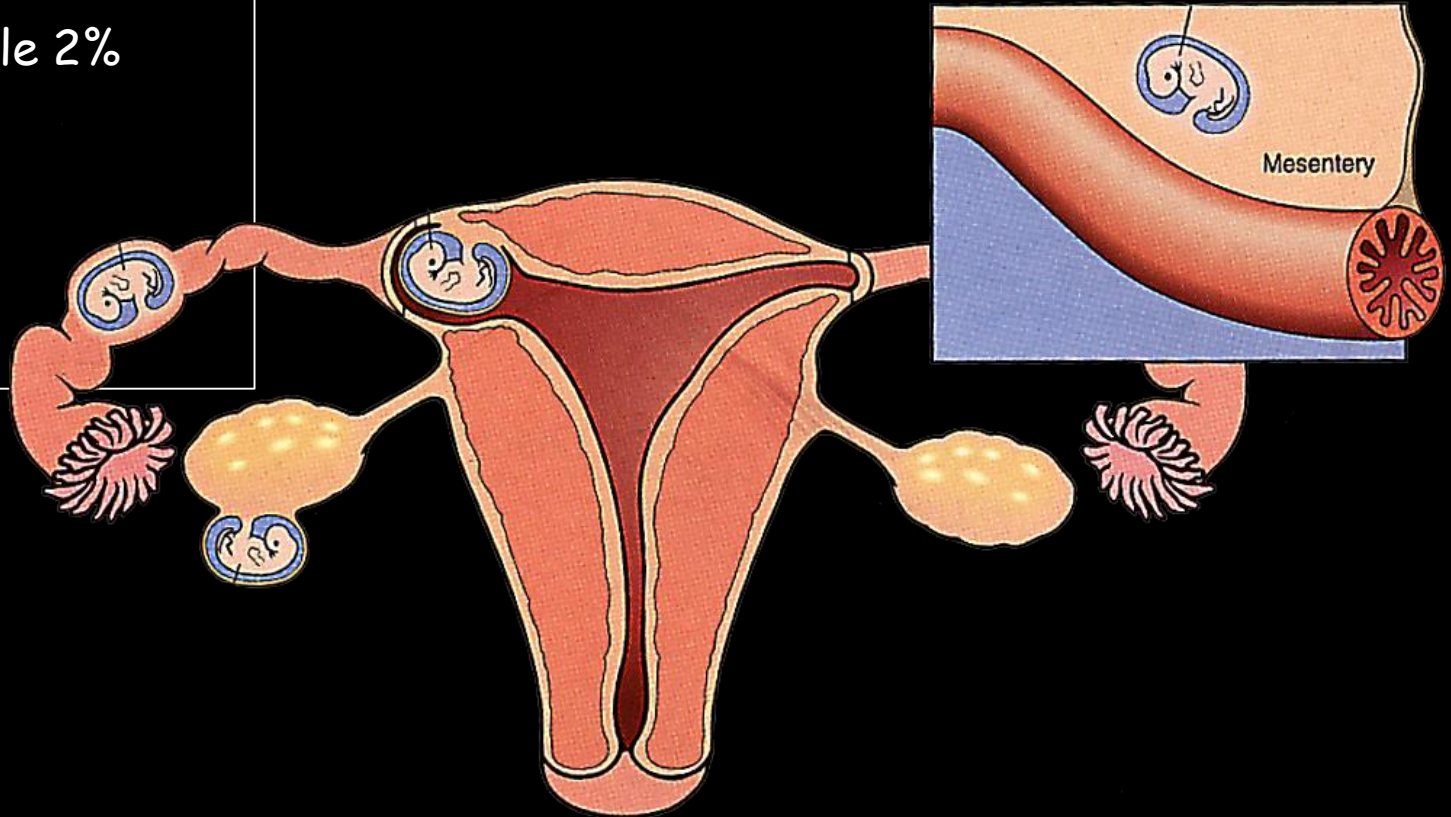
**Stérilet (?)** 0,2 à 2 GEU sur DIU pour 100 grossesses /an (3 en cas de DIU déplacé ou expulsé ), à comparer à 3 pour 100 grossesses sous CO parfaitement utilisée et 8 en cas d'oubli de prise.

Si une femme porteuse d'un DIU est enceinte, le **pourcentage** de GEU est plus élevé en proportion (10 %) que chez les femmes enceintes sans contraception (2 %) mais le nombre réel de GEU est beaucoup plus faible.

Le vieil adage "**toute grossesse sur DIU est une GEU jusqu'à preuve du contraire**" conserve sa valeur sur la plan de la prudence

# Localisations des GEU

- Ampullaire 60%
- Isthmique 25%
- Pavillonnaire 10%
- Interstitielle 2%
- Ovarienne
- Abdominale



# Diagnostic positif

- Repose sur un trépied:
  - Tableau clinique
  - Échographie pelvienne
  - **Dosage des  $\beta$ HCG** ( $\pm$  progestéronémie)

# Tableau clinique

- 2 tableaux: GEU non rompue/ GEU rompue
- GEU non rompue: triade clinique
  - Retard de règles ± signes sympathiques de grossesse
  - Douleurs latéralisées du côté de la GEU
  - Métrorragies peu abondantes, brun sépia
- Si GEU rompue: **Urgence vitale**
  - État de choc hémorragique: TA basse et pincée, pouls filant, extrémités froides, oligurie
  - Malaise
  - Douleurs brutales et intenses

Chez toute femme en âge de procréer:

métrorragies et/ou douleurs pelviennes

=

GEU jusqu'à preuve du contraire

# GEU non rompue

- Palpation abdominale
  - Douleurs provoquées, signes d'irritation péritonéale
- Examen au spéculum
  - Confirme l'origine endo-utérine des saignements
- Toucher vaginal
  - Douleur, masse latéro-utérine (un "je ne sais quoi !!!)
  - Empâtement du cul de sac de Douglas

# Examens complémentaires

Deux examens indispensables au diagnostic:

## 1-Dosage quantitatif du taux sanguin de $\beta$ HCG

Confirme l'existence d'une grossesse

Seul examen pouvant éliminer le diagnostic s'il est négatif

## 2-Échographie pelvienne par voie abdominale puis endovaginale

Confirme le diagnostic et précise la localisation de la GEU

Signes directs: image annexielle ou latéro-utérine (sac gestationnel, hématosalpinx)

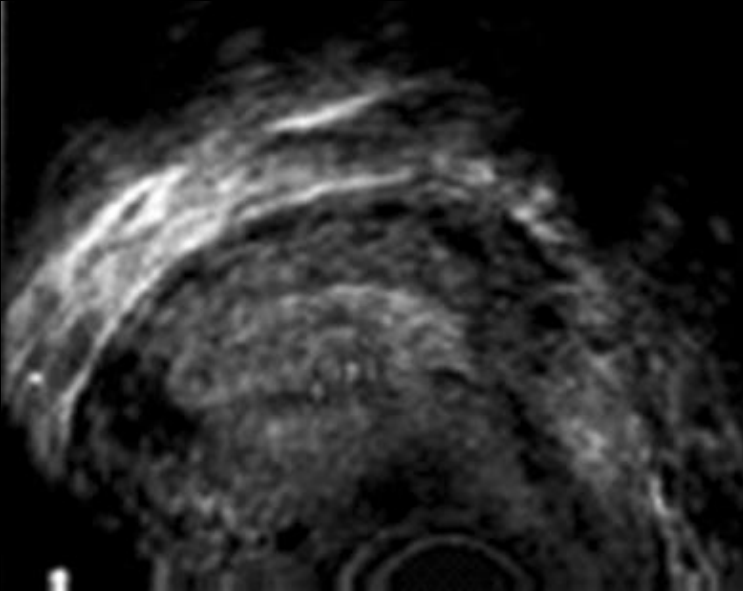
Signes indirects: vacuité utérine, épanchement du cul de sac de

Douglas, endomètre épais, gravide

⇒ Penser GEU si :

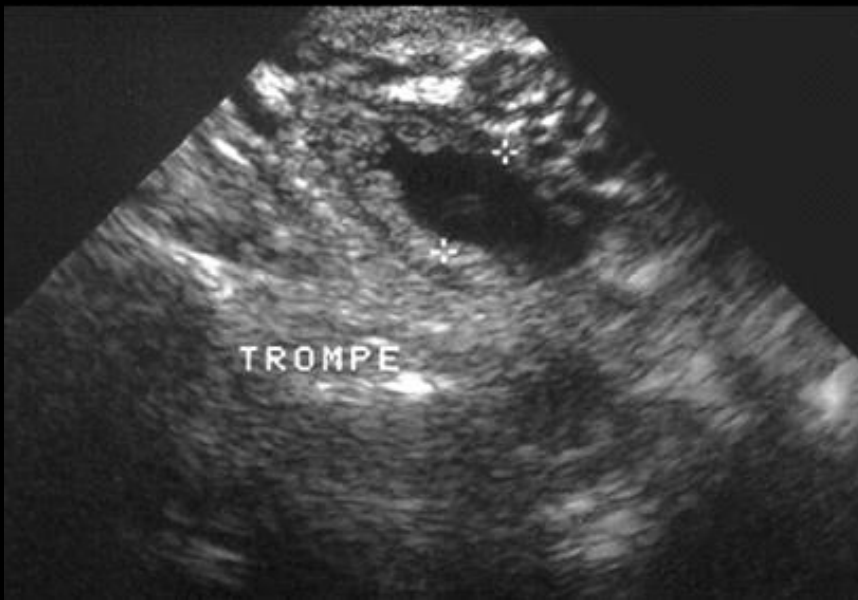
- **taux sanguin de  $\beta$ HCG** > 1000- 1500 mUI/mL et vacuité utérine par écho endovaginale (ou > 2500 mUI/mL et vacuité utérine par voie abdo)
- cinétique du taux sanguin de  $\beta$ HCG à 48h dans le même laboratoire :  
stagnation ou augmentation sans doublement du taux **sanguin de  $\beta$ HCG**

Vacuité utérine



Épanchement dans le cul  
de sac de Douglas





Trompe avec sac gestationnel



Hématosalpinx



sac gestationnel annexiel et masse  
hématique du cul de sac de Douglas

### 3. Autres examens

- Groupe sanguin, Rhésus, RAI
- Mise en réserve de culots globulaires
- Bilan pré-opératoire complet

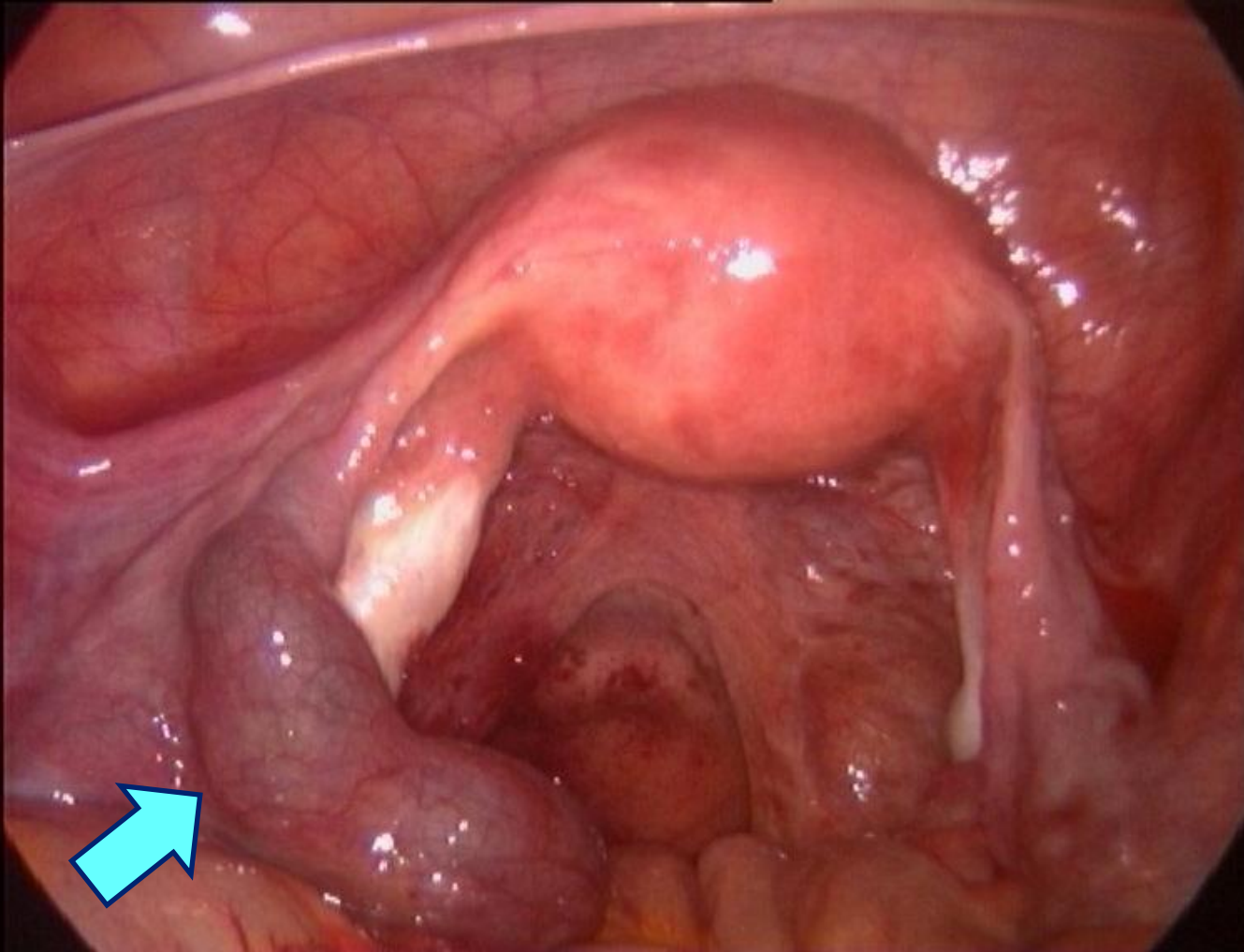
4. En cas de doute diagnostique, réaliser une  
coelioscopie à visée diagnostique

# Prise en charge

- Il existe 3 modalités thérapeutiques:
  - Traitement chirurgical
  - Traitement médical
  - Surveillance simple

# Traitement chirurgical

- 2 méthodes:
  - Coelioscopie (traitement de référence)
  - Laparotomie
- 3 temps opératoires:
  - Diagnostique: visualisation et localisation de la GEU
  - Pronostique pour la fertilité ultérieure
  - Thérapeutique
- 2 alternatives:
  - Traitement conservateur: **salpingotomie et aspiration de la grossesse**
  - Traitement radical: **salpingectomie**



GEU ampullaire droite non rompue

# Traitement chirurgical

- Traitement le plus conservateur possible
- Envoi systématique de la trompe et/ou du sac gestationnel en anatomopathologie
- Vérification de la négativation des  $\beta$ HCG en post opératoire
- Indications de la laparotomie:
  - Suspicion de GEU rompue: hémodynamique instable, choc hémorragique, hémopéritoine franc
  - Contre-indications de la coelioscopie

# Traitement médical

- Méthotrexate: cytostatique antifolinique, inhibant la synthèse des acides nucléiques

⇒ Lyse du tissu trophoblastique

⇒ **Injection IM ou in situ**

# Traitement médical

Indications limitées:

- Hémodynamique et hématoците stables
- GEU peu évolutive; beta HCG < 10000
- Patiente compliant...
- Localisation ovarienne ou interstitielle
- Adhérences pelviennes importantes, patiente multi opérée
- Contre-indication à l'anesthésie générale
- Pour certains, en complément de la chirurgie conservatrice

Bilan pré thérapeutique (NFS, iono, bilan hépatique et rénal)

Surveillance du taux de  $\beta$ HCG jusqu'à négativation... augmentation fréquente les 4 premiers jours.

# Méthotrexate

- Avantages:
  - Permet un traitement conservateur et évite une intervention chirurgicale
- Inconvénients:
  - **Taux d'échec: 10-20%**
  - Surveillance étroite
  - Nécessite une bonne compréhension de la part de la patiente
  - Effets indésirables: troubles digestifs, hématologiques, cytolyse hépatique, alopécie

# Surveillance simple

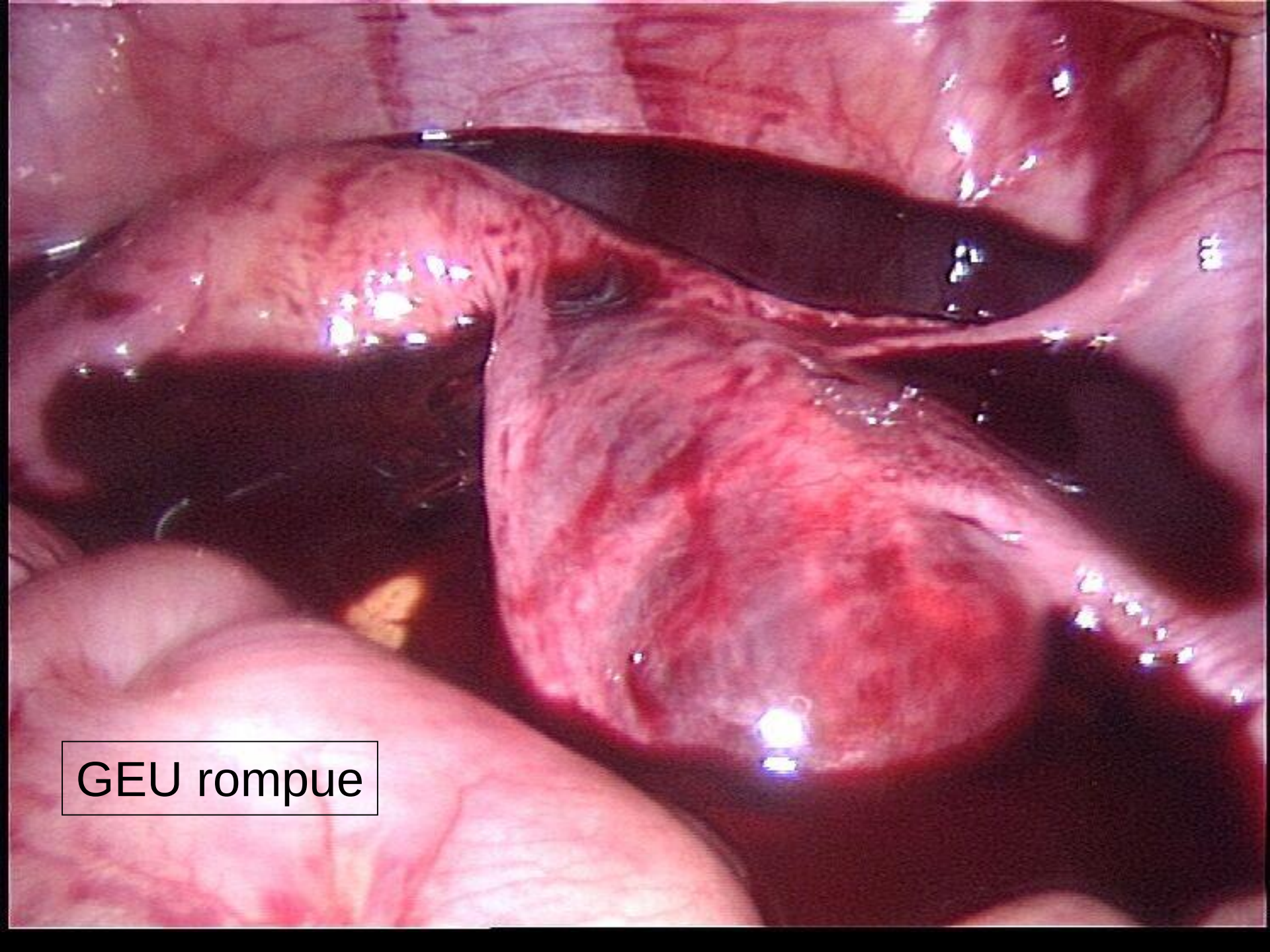
- Indications limitées
  - $\beta\text{HCG} < 1000$
  - GEU asymptomatiques
  - Hémodynamique et hématocrite stables
  - Absence échographique d'hémopéritoine et de sac ovulaire

# GEU rompue

- Palpation abdominale:
  - Abdomen ballonné, défense sus-pubienne sans contracture (hémopéritoine massif)
- Examen gynécologique:
  - Touchers pelviens douloureux, induisant le **cri du Douglas** (signe un hémopéritoine volumineux)
- Interrogatoire (s'il est réalisable!):
  - Signes évoquant un stade précoce de GEU
  - **Douleur pelvienne apparue brutalement, en coup de poignard, diffusant rapidement à tout l'abdomen**

# GEU rompue: prise en charge

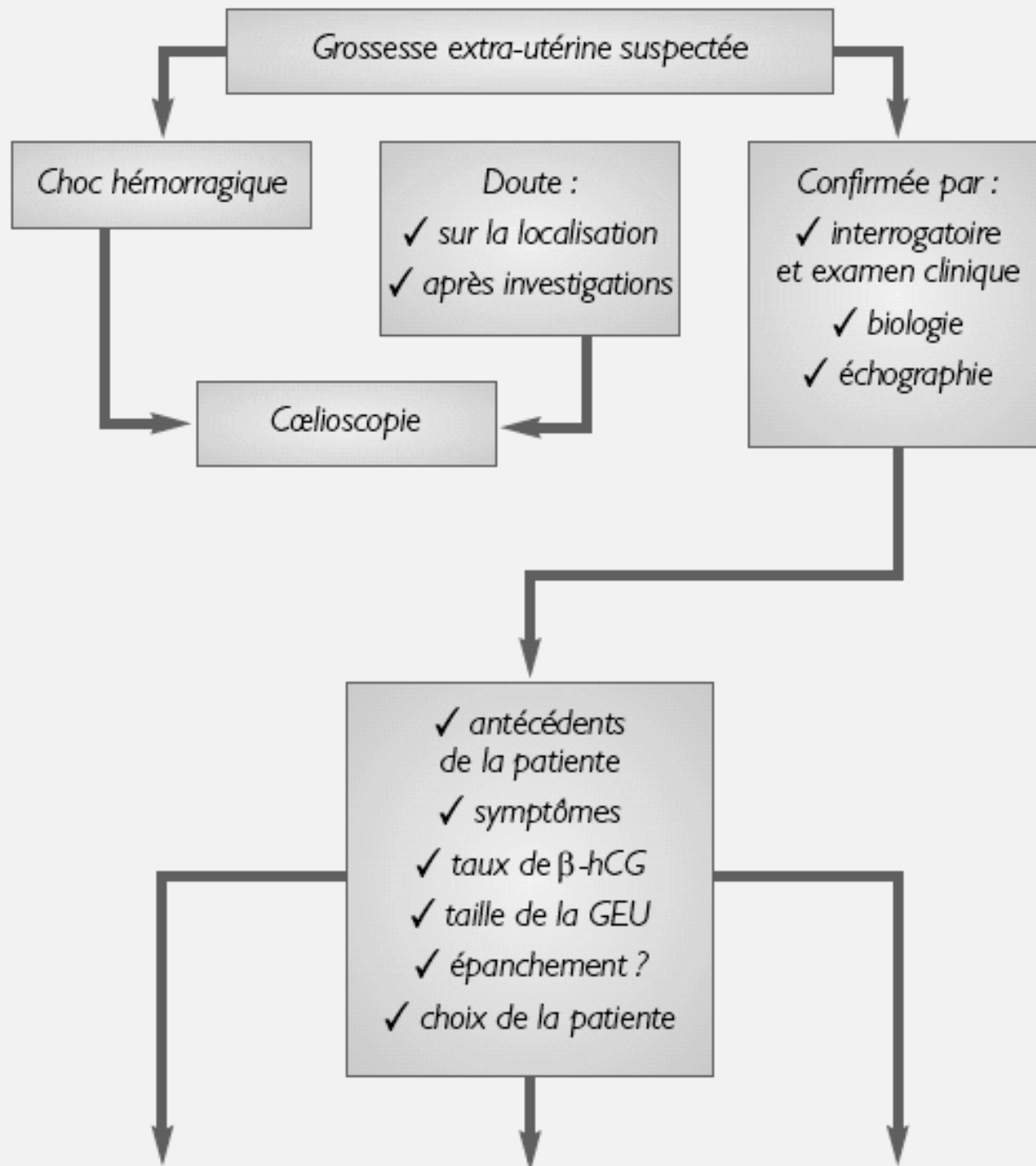
- Pose d'une voie d'abord veineux: rétablir la volémie et une hémodynamique correcte (macromolécules)
- Organiser l'intervention chirurgicale en URGENCE: pronostic vital en jeu
- Bilan pré-opératoire et dosage de  $\beta$ HCG
- Surveillance des constantes hémodynamiques

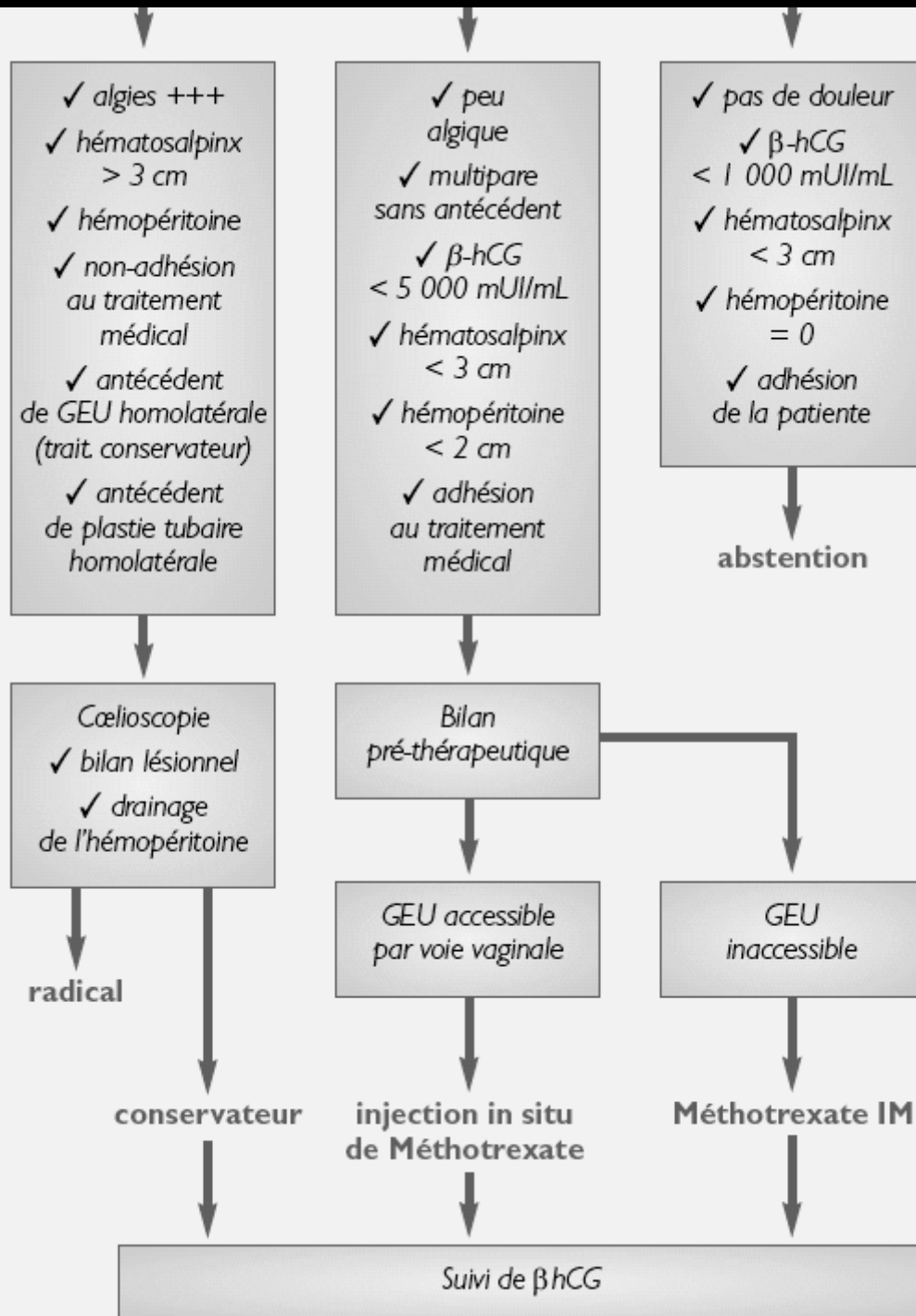
An intraoperative photograph showing a surgical field. A large, dark, rounded structure, identified as a ruptured gestational sac (GEU), is the central focus. It is surrounded by reddish, vascularized tissue. A dark, curved surgical instrument is visible above the sac. The overall scene is illuminated with bright surgical lights, creating high contrast and some glare on the wet tissues.

GEU rompue

# Dans tous les cas

- Examen anatomopathologique de la pièce opératoire
- Toujours vérifier le groupe sanguin et le rhésus de la patiente
- **Si patiente rhésus négatif:**
- - ↳ Prévention de l'allo-immunisation foeto-maternelle par injection de Gamma-globulines anti-D dans les 72heures





# Devenir

Pronostic dominé par:

- **Risque de récurrence: 10 à 30%**
  - Informer la patiente de la nécessité de consulter dès le début de la grossesse pour vérifier la position du sac ovulaire (dès 6SA) +++
  - Hystérosalpingographie à 3 mois après traitement médical ou chirurgical conservateur
  - Surveillance attentive de la grossesse suivante avec échographie précoce
- **Risque de stérilité tubaire**

# Contraception

- Compte tenu du risque de récurrence, préférer une contraception bloquant l'ovulation
  - ↳ Contraception oestroprogestative
- Contre-indication aux dispositifs intra-utérins et microprogestatifs
- Information de la patiente ++

**Merci**