

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITÉ ABOU BEKR BELKAID-TLEMCEM
FACULTÉ DE MÉDECINE
Dr. B. BENZERDJEB - TLEMCEM



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
RÉPUBLIQUE ALGÉRIENNE DÉMOCRATIQUE
ET POPULAIRE

جامعة أبي بكر بلقايد - تلمسان
كلية الطب
د. ب. بن زرجب - تلمسان

Mémoire de fin d'étude pour l'obtention du diplôme du doctorat en médecine

ETUDES THEORIQUE ET PRATIQUE SUR LE THEME
la grossesse extra-uterine

L'Encadrant :

- Dr.Allaoui

Etabli et présenté par :

- Belaid amina ilham

- **REMERCIEMENTS**

- Nous aimerions, en premier lieu, remercier Dieu notre Créateur de nous avoir donné le privilège et la chance d'étudier et de suivre le chemin de la Science et de la Connaissance, de nous avoir donné l'esprit que la Médecine doit être une source d'inspiration et de motivation plutôt qu'un travail forcé et qui, par sa grâce, nous a permis de mener à bout ce travail.
- Je tiens à remercier dans un premier temps mon Encadreur Dr.Allaoui, qui m'a assistée et considérablement aidée par ses précieux conseils lors des différentes étapes de ce travail. Il m'a permis de progresser durant les trois mois de mon stage au niveau de service de gynécologie obstétrique à l'EHS Ain Temouchent , je tiens à lui manifester toute ma reconnaissance.
- Je remercie également tous mes professeurs de la faculté de médecine de TLEMCEM , c'est grâce à leurs efforts nous sommes aujourd'hui Médecins.

Plan du travail

Etude theorique :

- Introduction
- Définition
- Mécanisme
- L évolution en dehors du traitement
- Diagnostic
 - Clinique :
 - Facteurs de risques
 - Symptomes
 - Examen clinique
 - Formes cliniques
 - Examens complémentaires :
 - Biologie
 - Echographie
 - Biopsie
 - Diagnostic différentiel
- Situation d urgence et prise en charge
 - Situation d urgence :
 - Rupture cataclysmique
 - Prérapture : syndrome de fissuration
 - Prise en charge :
 - Réanimation
 - Bilan préopératoire en urgence
 - Coelioscopie ou laparotomie en urgence

- **Traitement de la grossesse extra-utérine :**
 - **Abstention thérapeutique**
 - **Traitement médical**
 - **Traitement chirurgicale**
- **Pronostic**

Etude pratique

- **Problématique**
- **Méthodologie**
 - **Objectifs**
 - **Méthodologie**
 - **Les criteres de selection :**
 - ❖ **Criteres d inclusion**
 - ❖ **Criteres d exclusion**
 - ❖ **Description du projet de recherche**
 - ❖ **Fiche technique**
 - **Les instrument de méasures :**
 1. **Les dossiers medicaux**
 2. **Les moyens de diagnostic**
 3. **Les methodes therapeutiques**
- **La mortalité maternelle**
- **Conclusion**
- **References**

L étude theorique

Introduction :

Lors d'une grossesse qui se déroule normalement, l'ovule fécondé progresse dans la trompe de Fallope jusqu'à l'utérus, où il s'implante et commence à se développer. Mais dans une grossesse extra-utérine, l'ovule fécondé s'implante hors de la cavité utérine. Les grossesses extra-utérines sont assez rares, représentant à peine 2% des grossesses. Dans plus de 90% des grossesses extra-utérines, l'ovule fécondé se fixe à la paroi de la trompe de Fallope. On parle alors de grossesse extra-utérine tubaire. Parfois, l'œuf s'implante dans l'ovaire, le col de l'utérus ou la cavité abdominale. Seul l'utérus peut accueillir un embryon en développement, donc dans ces autres cas, la grossesse ne peut pas suivre son cours.

Définition :

Nidation, suivie du développement de l'œuf en dehors de la cavité utérine, secondaire à une anomalie du cheminement de l'ovocyte ou de l'œuf, entre l'ovaire et la trompe.

Mécanismes :

- Altération de l'anatomie tubaire (secondaire a des infections)
- Altération de la mobilité ciliaire

- Trouble de la ciliation tubaire (par des toxiques tels que le tabac et les microprogestatifs)

Evolution en dehors du traitement :

- Les GEU ne peuvent être menées à terme hormis quelques cas exceptionnels de grossesses abdominales
- 20% des GEU régressent spontanément
- Risque de rupture tubaire pouvant entraîner hémorragie cataclysmique et décès maternel en cas de retard dans la prise en charge

Localisation :

- Tubaire (95%) :

Proximale :

Interstitielles ou corne utérine : 4%

Isthmique : 15%

Distale :

Ampullaire : 70%

Pavillonnaire : 6%

- Autres 5% : ovariennes (2%), abdominale (insertion sur grêle ou méésentère) et cervicale

Diagnostic de la GEU :

- la présentation clinique est très variée, la GEU peut tout mimer
- il existe deux grands tableaux cliniques schématiques : la rupture cataclysmique et la forme frustrée.
- les examens complémentaires : β -HCG plasmatique quantitatifs et échographie pelvienne sont nécessaires au diagnostic

➤ clinique :

1. Facteurs de risques :

- **Tabac** : facteur dose-dépendant
- **Infections génitales hautes** : salpingites, pelvipéritonites, formes frustrées ou infraclinique de salpingite

Germes : chlamydiae trachomatis, gonocoques, mycoplasmes

- **Antécédent de chirurgie tubaire**
 - **Antécédent de GEU**
 - **Assistances médicale à la procréation** : insémination, FIV et stimulation de l'ovulation
 - **Contraception** :
- Dispositif intra-utérine : empêche une nidation dans la cavité utérine, mais pas dans les trompes.

N'est pas un facteur de risque à proprement dit mais en cas de métrorragies ou douleurs chez une patiente porteuse de dispositif intra-utérine la GEU doit être le premier diagnostic à évoquer

➤ Les micro-progestatifs

- **Age ≥ 40 ans**
- **Antécédents de fausses couches à répétition ≥ 3 ou de 2 interruptions volontaires de grossesses médicamenteuses** (plus de risques d'infection post-abortum)
- **Antinéoplasique**
- **Endométriose**

2. symptômes :

Varies +++. Aucun symptôme ni signe clinique n est spécifique

- Trois symptômes principaux doivent faire évoquer une GEU chez une femme en âge de procréer :
 - ❖ **Retard de règle (20 à 50%) ou dernières règle anormale**
 - ❖ **Douleurs pelviennes** : d absentes à très importantes
 - ❖ **Métrorragies** : de peu abondantes (voire absentes), noirâtres, a très abondantes de sang rouge

3 .Examen clinique :

- Peut-être quasi normale

- Signes de choc, malaise ou au contraire patiente en parfait état générale
- Abdomen souple, ou sensibilité pelvienne latéralisée, défense et douleur à la décompression (hémopéritoine ++)
- Spéculum : métrorragies d'aspect variable (aucun aspect spécifique)
- Toucher vaginale : palpation d'une masse latéro-utérine ou pas, utérus globuleux ou non augmenter de taille, utérus douloureux a la mobilisation utérine, culs-de-sac latéraux douloureux ou pas, cul-de-sac postérieur sensible si hémopéritoine

Les 3 signes cliniques les plus contributifs au diagnostic sont :
défense abdominale, douleur a la décompression abdominale et sensibilité à la mobilisation utérine.

4. Formes cliniques :

- **La rupture cataclysmique** : entraînant un hémopéritoine abondant soit GEU rompue
 - Violentes douleurs en *coup de poignard*, malaise et douleurs scapulaires
 - Signe de choc : pâleur cutanéomuqueuse, tachycardie, hypotension artérielle, marbrure et troubles de la conscience

- Matité, défense abdominale, douleur à la décompression abdominale
- Métrorragie d'abondance variable au spéculum
- Douleur au toucher vaginale (cri du Douglas)

- **La forme frustrée :**

- Signes sympathiques de grossesse, vagues douleurs abdominales, métrorragie minimes, sans sensation de malaise
- Aucun signe d'anémie ni de choc
- Abdomen souple
- Saignement d'origine endo-utérine peu abondant au spéculum
- Au toucher vaginale : utérus globuleux ou non augmenté de taille, recherche d'une masse latéro-utérine, ou simplement d'une sensibilité dans un cul-de-sac latéral

- **Examens complémentaires :**

Ils sont indispensables au diagnostic (sauf si choc hémorragique)

Il faut comparer l'évolutivité des β -HCG plasmatiques quantitatifs à celle de l'échographie pelvienne

- 1- **Biologie :**

β -HCG plasmatiques quantitatifs positifs : ne permettent pas de dater la grossesse ni de juger de la sévérité de la GEU

La cinétique des β -HCG permet d'orienter le diagnostic de GEU : taux entre 10 et 10000 UI le plus souvent ne doublant pas toutes les 48 heures

Progestéronémie : la progestérone est synthétisée par le corps jaune, stimulé par des facteurs lutéotropes émis par l'embryon implanté. elle est un paramètre précis de l'évolutivité d'une grossesse qu'elle soit intra ou extra-utérine : - progestérone >25ng/ml exclut quasiment le diagnostic de la GEU

- progestérone <5ng/ml exclut quasiment une grossesse intra-utérin évolutive

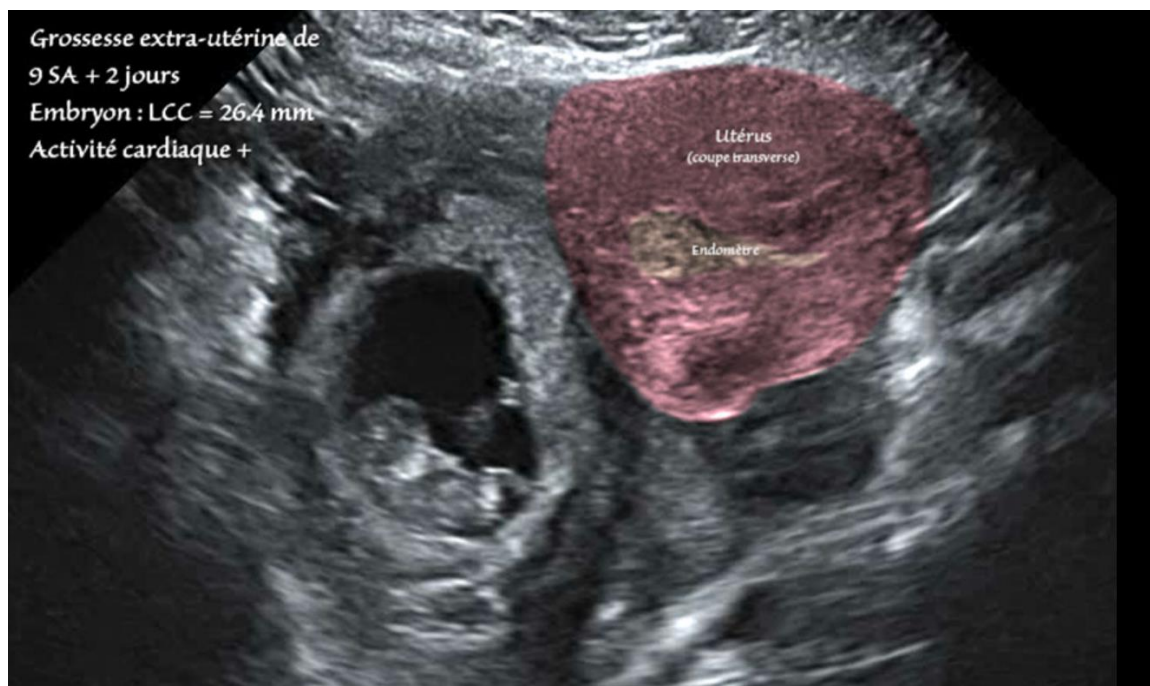
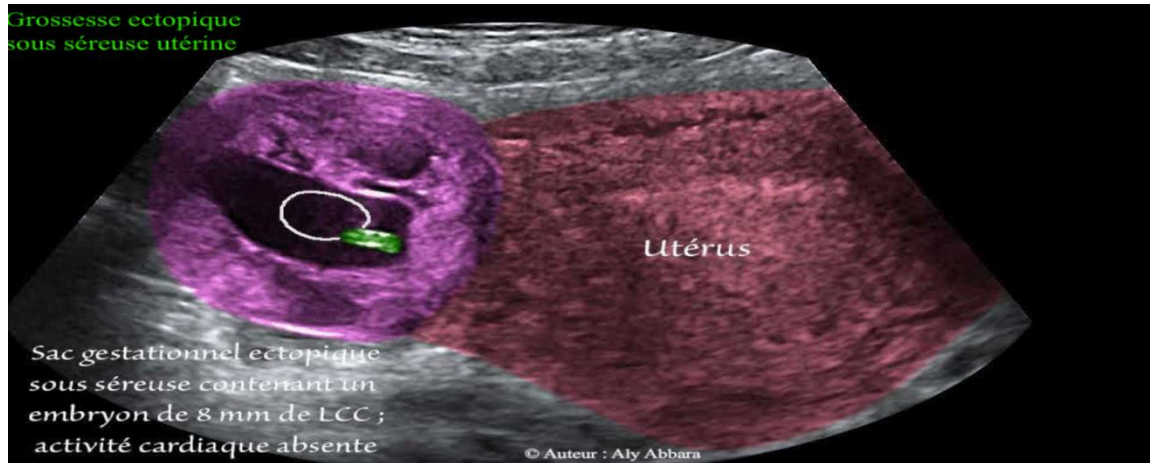
Il n y a pas d'intérêt prouvé à utiliser le dosage plasmatique de la progestérone sur un plan diagnostique

Groupe ABO Rhésus, RAI : pour la prophylaxie Rhésus si besoin

Bilan préopératoire : FNS-plaquettes, TP, TCA selon la clinique

2. **Echographie pelvienne par voie abdominale et voie vaginale** :

A renouveler toutes les 48 h jusqu'à ce qu'un diagnostic soit fait (GEU, grossesse intra-utérine, avortement spontané)



Cavité utérine :

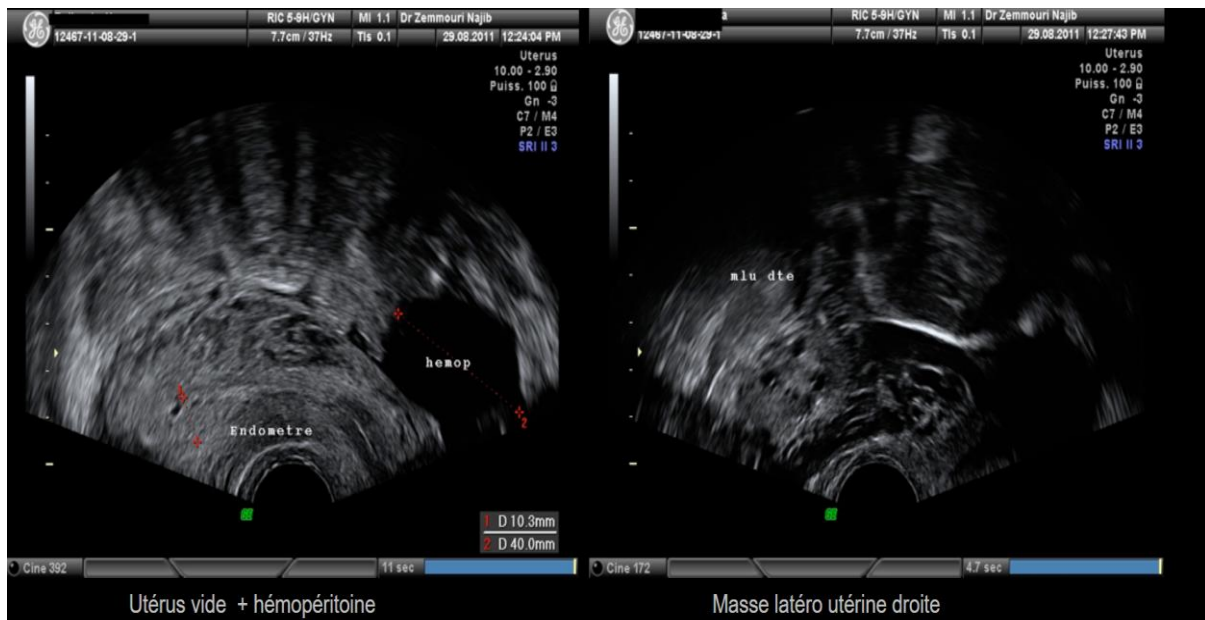
vide : absence de sac gestationnel intra-utérine (couronne trophoblastique hyperéchogène excentré dans la cavité)

La présence d'une vésicule utérine ou d'un embryon dans un sac gestationnel intra-utérine permet d'éliminer le diagnostic de GEU dans le cadre de la PMA (risque de grossesse hétérotopique)

Muqueuse épaissie

Parfois un pseudo-sac anéchogène sans couronne trophoblastique ni vésicule vitelline

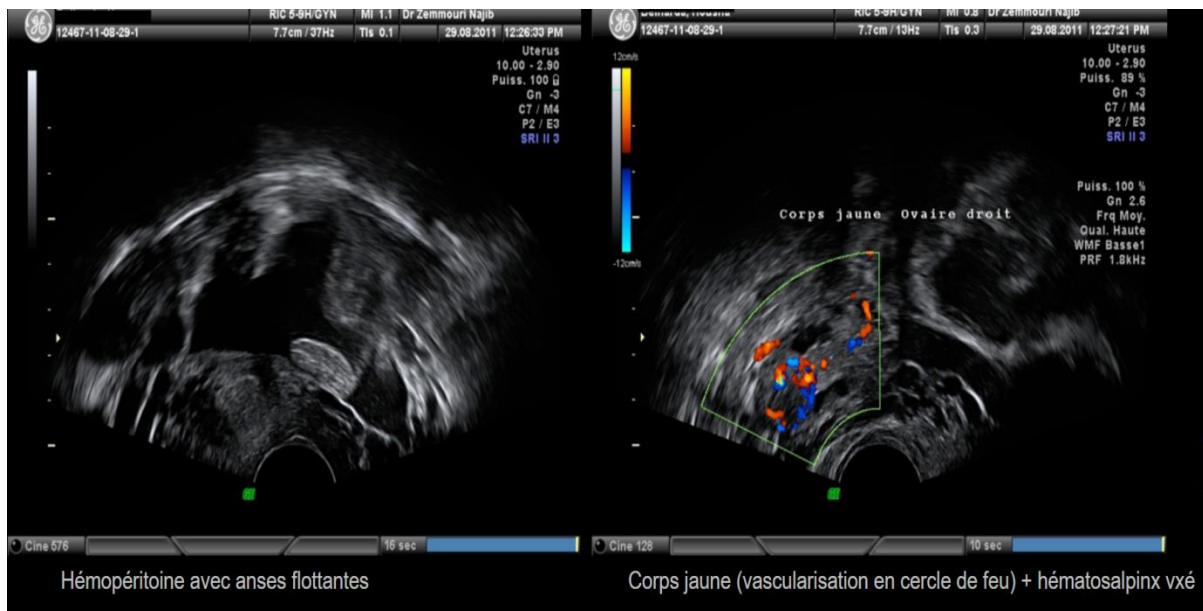
Masse latéro-utérine (80%) : correspond à un hématosalpinx, image hétérogène ronde en coupe transversale, se situant entre l'utérus et l'ovaire, distincte de l'ovaire porteur d'un corps jaune, sensible au passage de la sonde, au sein de laquelle on visualise un sac gestationnel avec une vésicule vitelline ou un embryon avec activité cardiaque (10-20%)



Épanchement dans le cul-de-sac recto-vaginale (Douglas) : d'allure hématique (sang peu échogène et caillots échogènes), quantifié en volume (ml). présent dans 65% des GEU

La voie abdominale permet de visualiser un hémopéritoine au niveau des gouttières pariéto-coliques, sous phrénique et

parfois une masse annexielle pas toujours visible par voie vaginale



Dans 15 à 20% des GEU la première échographie est normale, il est donc important de renouveler l'échographie toutes les 48 heures

En l'absence de critères diagnostiques de certitude de GEU clinique ou échographique lors de la consultation initiale, la patiente doit être informée du doute diagnostique (GEU ou avortement spontané ou grossesse intra-utérine évolutive

Elle doit être revue dans les 48 heures pour un examen clinique, dosage quantitatif des β -HCG plasmatiques et une échographie pelvienne

Elle doit être informée des risques de douleurs pelviennes brutales, de malaise, de métrorragies, et doit revenir consulter en urgence dans ces cas

3. Biopsie d'endomètre avec analyse extemporanée à la recherche de villosités trophoblastiques :

Si le doute diagnostique persiste entre avortement spontané et GEU : stagnation des β -HCG, progestéronémie faible et échographie non contributive

Si villosités choriales retrouvées : avortement spontané confirmé

Si pas de villosités retrouvées : GEU probable mais non certaine (sensibilité de l'examen de 70%)

➤ **Diagnostic différentiel :**

Fausse couche spontanée ou avortement spontané :

Diagnostic différentiel le plus fréquent : diminution franche des β -HCG plasmatiques en 48 heures

Grossesse intra-utérine :

Doublement des β -HCG plasmatiques toutes les 48 heures

Echographie pelvienne é partir de 1000UI de β -HCG : visualisation de sac gestationnel entouré de sa couronne trophoblastique avec sa vésicule vitelline et visualisation d'un corps jaune

Kyste du corps jaune hémorragique :

Les complications hémorragiques du corps jaune (kyste hémorragique ou rupture de kyste du corps jaune) peuvent donner les mêmes symptômes en début de grossesses qu'une GEU

Douleur abdominale violente, sensibilité abdominale voire défense.

Au toucher vaginale : sensibilité dans le Douglas.

Echographie : utérus vide (car sac gestationnel pas encore visible à ce terme précoce), kyste du corps jaune « sous tension » ou affaissé en cas de rupture et épanchement dans le cul-de-sac de Douglas.

Métrorragies et algies pelviennes sans grossesse

	<u>GEU</u>	<u>FCS</u>	<u>GIU</u>
SIGNES SYMPATHIQUES	+	+	+
DOULEURS PELVIENNES	+/-	+/- Contraction utérine	+/- Corps jaune hémorragique ou rupture du kyste
Métrorragies	Variable (peu abondante noirâtre ou rouges abondantes)	Abondante avec caillots Sang rouge	Peu abondantes
β-HCG	+	+	+
Cinétique β-HCG (48 heures)	stable	↘ de plus de 50 %	↗ de plus de 50 %

« Tableau récapitulatif des diagnostics différentiels en cas de β-HCG + »

Points clés :

- Toujours penser à la GEU chez une femme en âge de procréer
- Toute anomalie du cycle menstruel et/ou douleurs pelviennes et/ou métrorragies = GEU jusqu'à preuve du contraire
- Diagnostic : clinique + cinétique des β -HCG + échographie pelvienne
- Connaitre le groupe Rhésus pour toutes métrorragies en cours de grossesse
- Traitement en cas de situation d'urgence (fissuration / rupture tubaire) : chirurgie (coelioscopie ou laparotomie)

Situation d'urgence et prise en charge :

Situation d'urgence :

1. Rupture cataclysmique :

- Violentes douleurs en « coup de poignard » + malaise + douleurs scapulaire
- Signes de choc
- Matité, défense abdominale, douleur à la décompression abdominale

- Spéculum : métrorragies d'abondance variable
- Toucher vaginale : douleur « cri de Douglas »
- Chez une femme en âge de procréer le diagnostic le plus probable est celui d'une GEU rompue → prise en charge en urgence sans attendre les résultats des examens complémentaires

2. Prérapture : syndrome de fissuration

- ❖ Douleurs pelviennes importantes, persistantes, sans malaise, sensibilité hypogastrique ou latéralisée

Prise en charge en urgence :

➤ **Réanimation :**

Mise en place des deux voies veineuse de gros calibre + remplissage (ringer lactate, macromolécules)

➤ **Bilan préopératoire en urgence :**

Groupe sanguin, Rhésus, RAI, FNS-plaquettes, TP, TCA, bilan pré-transfusionnel et commande de culot globulaires si besoin

➤ **Cœlioscopie ++ ou laparotomie en urgence :**

❖ **Indications laparotomie selon le CNGOF :**

- Contre-indication générale et locale à la cœlioscopie (pelvis gelé rendant l'accès tubaire inaccessible ou dangereux en raison d'adhérence d'anses digestive)
- Hémopéritoine massif (contre-indication relative)

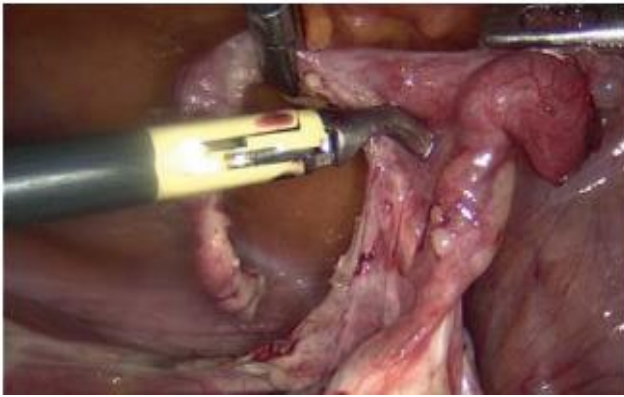
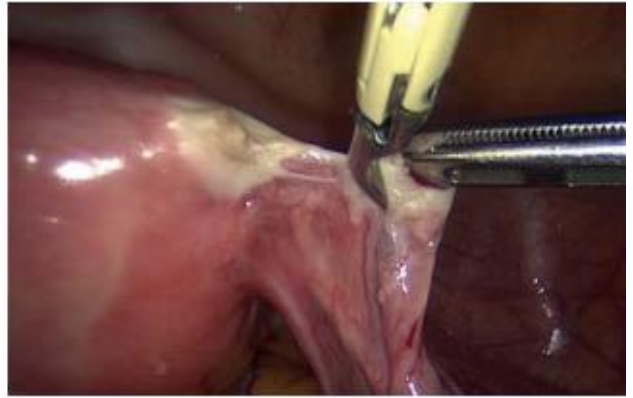
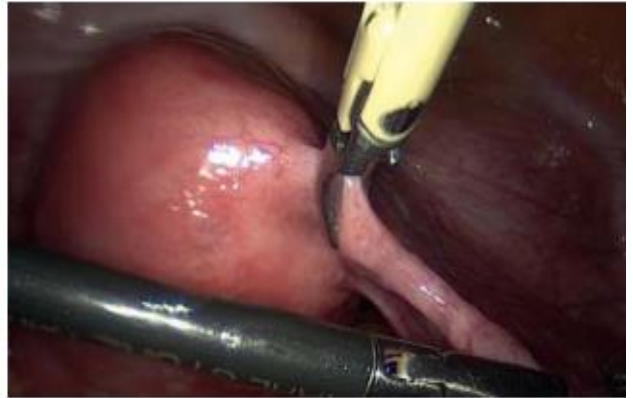
- Conversion secondaire pour difficulté d'hémostase
- Décision prise en concertation anesthésiste chirurgien

❖ **Traitement chirurgicale :**

➤ **Salpingectomie → traitement radicale :** ablation de la trompe envoyée pour examen anatomopathologique

Indication : - lésions tubaires importantes surtout

- +/- hématosalpinx > 6 cm
- récurrence de GEU
- localisation tubaire sur une trompe déjà opérée



Salpingectomie

- **Salpingotomie → traitement conservateur** : incision de la trompe en regard de l'hématosalpinx et aspiration de la grossesse (l'œuf et le trophoblaste). Le matériel d'aspiration envoyé en anatomopathologie

Coelioscopie

Description des différents temps opératoires:



Hémopéritoine



Aspiration



GEU sur salpingite



GEU ampullaire



salpingotomie(traitement conservateur)



Ciseaux(pas de courant)



expulsion oeuf



retrait à la pince

Salpingotomie

- Immunoglobuline anti-D en IV : si patiente Rhésus négatif
- Surveillance :

En cas de salpingotomie : s'assurer de la bonne décroissance des β -HCG 48 heures. Permet de déterminer un échec de la méthode estimé à 10% des cas. En cas de stagnation ou ré-ascension des taux des β -HCG, il est indiqué de préférence un traitement médical par du méthotrexate IM parfois un traitement coelioscopie complémentaire est réalisé

Surveillance hémodynamique

Douleurs, reprise du transit, cicatrisation

- Recommandations :

Contraception : contraception hormonale efficace pendant 3 mois, contre-indication relative aux micro-progestatifs et au DIU

Si nouvelle grossesse : consulter rapidement (risque récurrence 10 à 30 % quel que soit le traitement)

Prévention : arrêt du tabac, prévention des IST

Traitement du GEU :

Trois types de traitement existent et sont proposés en dehors des situations urgentes : abstention thérapeutique, traitement médicale et traitement chirurgical.

Abstention thérapeutique :

Seulement si taux de β -HCG <1000 UI/ml et en l'absence de tout signe clinique

La surveillance : décroissance satisfaisante du taux des β -HCG à 48 heures d'intervalle

Le traitement médical : méthotrexate

Chimiothérapie antimétabolique (antifolique) très actif sur les cellules trophoblastiques

L'efficacité globale du traitement médical est de 65 à 95 % selon les études

Posologie : 1mg/kg en une dose unique

Surveillance régulière des β -HCG plasmatiques quantitatifs, augmentation possible la première semaine puis diminution progressive. Suivi jusqu'à négativation des β -HCG. Une deuxième dose peut être prescrite en cas de mauvaise décroissance des β -HCG

Les effets secondaires : toxicité hématologique, nausées, vomissements, insuffisance rénale, neuropathie, toxicité

pulmonaire (rares aux doses prescrites dans le cadre de la GEU)

Le traitement médical est recommandé par le CNGOF en cas de : β -HCG < 5000 GEU pauci ou asymptomatique, GEU non visible à échographie (score de Fernandez < 13)

Les contre-indications de traitement médical :

- Grossesse hétérotopique
- Patiente refusant le traitement médical
- Impossibilité de suivre correctement la patiente
- Insuffisance rénale ou hépatique sévère
- B-HCG > 5000 à 10000 mUI/ml
- Hématosalpinx > 4cm
- GEU avec activité cardiaque visible
- Score de Fernandez \geq 13

	1point	2points	3points
Age gestationnel (semaines)	> 8 semaines	6-8 semaines	< 6 semaines
Taux d β -HCG (mUI/ml)	< 1000	1000-5000	> 5000
Progestéronémie	< 5ng/ml	5-10 ng/ml	> 10 ng/ml
Douleurs abdominales	absentes	provoquées	spontanées
Hématosalpinx (mm)	< 10	10 - 30	> 30
Hémopéritoine (ml)	0	1 - 100	> 100

*** Score de Fernandez préthérapeutique ***

Le traitement chirurgicale :

Précédemment décrit : coelioscopie avec salpingotomie si possible, salpingectomie si mauvais état tubaire

L'efficacité est de 72 à 95 % selon les études

Indication :

- Trouble hémodynamique
- B-HCG > 10000
- Hématosalpinx > 4 cm à échographie
- Impossibilité d'un suivi ambulatoire
- Contre-indication au traitement médical
- Score de Fernandez > 13

Pronostic :

Il est dominé par la récurrence et la stérilité

❖ Récurrence :

Elle est possible, même en cas de salpingectomie, car le premier épisode est témoin d'un mauvais fonctionnement tubaire. On assiste à tiers de récurrence, que la grossesse soit spontanée ou qu'il y ait fécondation in vitro et réimplantation embryonnaire. La patiente doit donc être avertie du risque et prévenue qu'elle doit consulter tôt lors d'une prochaine grossesse.

❖ **Stérilité :**

On retrouve 30% de stérilité dans l'année qui suit la GEU, même si le traitement a été conservateur. En fait, les lésions responsables de la GEU et la chirurgie tubaire sont les principaux responsables.

La salpingectomie bilatérale, parfois nécessaire, sera compensée, s'il a désiré de grossesse, par les techniques de fécondation in vitro et remplacement embryonnaire par cathétérisme du col.

L'étude pratique

Problématique :

La GEU est une pathologie fréquente. Elle fait partie des pathologies que l'on recherche en permanence. Son évolution peut être grave, voire létale et son pronostic fonctionnel est médiocre, responsable d'infécondité

C'est la première cause de mortalité maternelle au premier trimestre de grossesse.

Méthodologie :

➤ **Objectifs :**

L'objectif de cette étude est d'obtenir une image non seulement des principales données épidémiologiques concernant la GEU au niveau du service de gynécologie de l'EHS-Ain Témouchent, mais également de l'importance d'un diagnostic précoce et une identification rapide des situations d'urgence pour planifier une prise en charge.

➤ **Méthodologie :**

La population de l'étude est constituée de toutes les femmes hospitalisées pour suspicion de GEU au niveau de l'EHS-Ain Témouchent durant l'année 2023

➤ Les critères de sélection :

- **les critères d'inclusion :** tous les malades présentant une GEU confirmée par la clinique, la biologie et l'échographie
- **les critères d'exclusion :**
 - malades perdues de vue
 - malades transférées vers d'autre wilayat
- **description du projet de recherche :** il s'agit d'une étude rétrospective portant sur (13) patientes hospitalisées au sien de la maternité de l'EHS-Ain Témouchent durant l'année 2023 pour suspicion de GEU. Les informations ont été collectées par consultation directe des dossiers de la population de l'étude au niveau des archives du service de gynécologie de l'EHS-Ain Témouchent .

Les informations collectées concernent :

- le nombre total de grossesse et le nombre de cas de GEU
- l'âge et les antécédents gynécologiques des patientes
- les antécédents médicaux, chirurgicaux et l'existence de facteurs de risque
- les différents signes cliniques mentionnés
- le mode de suivi des patientes

- le traitement

L'expression des résultats est relativement simple sous forme de tableaux et de graphiques permet une vision rapide des principaux points de ce travail.

➤ La fiche technique

Nom :

Prénom :

Age :

Adresse :

Groupe sanguin :

statut :

GP : Semaine d'aménorrhée :

Niveau intellectuel :

➤ MOTIFS DE CONSULTATION :

➤ LES ANTECEDANTS :

●) Personnels :

*) *Médicaux :*

*) *Chirurgicaux :*

●) Familiaux :

*) *Médicaux :*

*) *Chirurgicaux :*

●) Gynéco-obstétriques :

Ménarchie :

Durée du cycle :

Durée des règles :

DDR :

Stérilité :

Césarienne :

Avortement :

GEU :

Contraception :

Infections :

Saignement :

Autres :

➤ EXAMEN CLINIQUE :

1) Examen général :

Etat général :

TA : *T° :*

Pouls : *FC :* *FR :*

2) Examen de la zone d'appel :

- Inspection :
- Palpation :

- Examen au Spéculum :

- TV :

3) Examen des autres appareils :

- Cardio vasculaire :

- Pleuro-pulmonaire :

- Digestive :

- Autres appareils :

➤ EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

- NFS :
- Test de Grossesse :
- Taux de B-hCG :
- Echographie :

➤ Conduite à tenir :

Les instruments de mesures :

Les dossiers médicaux

Les moyens de diagnostic :

<u>motifs de consultation</u>	<u>effectifs</u>	<u>fréquence</u>
Douleur pelvienne	4	30.7 %
Métrorragie	3	23 %
Douleur pelvienne et métrorragie	6	46.1 %
total	13	100%

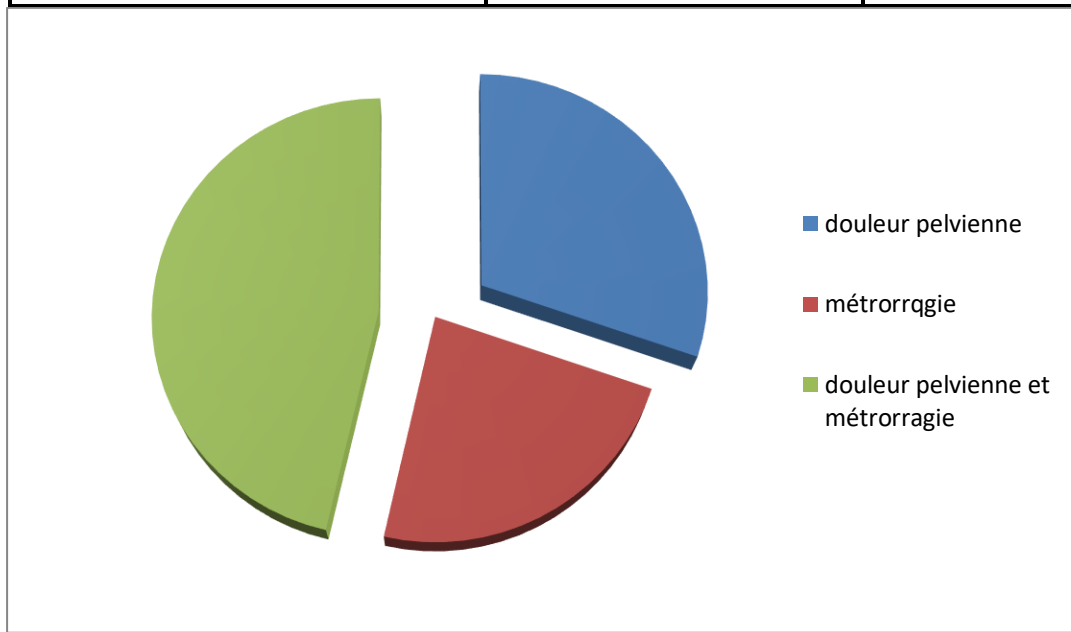


Figure 1: les différents Signes cliniques

On constate que la douleur est le motif de consultation le plus constant

Test de grossesse :

Le test de grossesse est revenu positif dans 60% des cas, mais il faut noter que ces 60% représente aussi le pourcentage des dossiers sur lesquels le test de grossesse a été mentionné. On peut dire que la positivité de ce test a été constante.

Beta-HCG :

Le taux de β -HCG de nos patientes varie entre 800 et 50000

La sensibilité de ce dosage est excellent .les faux positifs sont exceptionnels

L échographie pelvienne :

Image échographique	effectif	Fréquence
ERU seul	6	46%
ERU+ILU	5	38%
ERU+ILU+AC (+)	2	15%
total	13	100%

ERU : épanchement rétro-utérine

ILU : image latero-utérine

AC : activité cardiaque extra-utérine

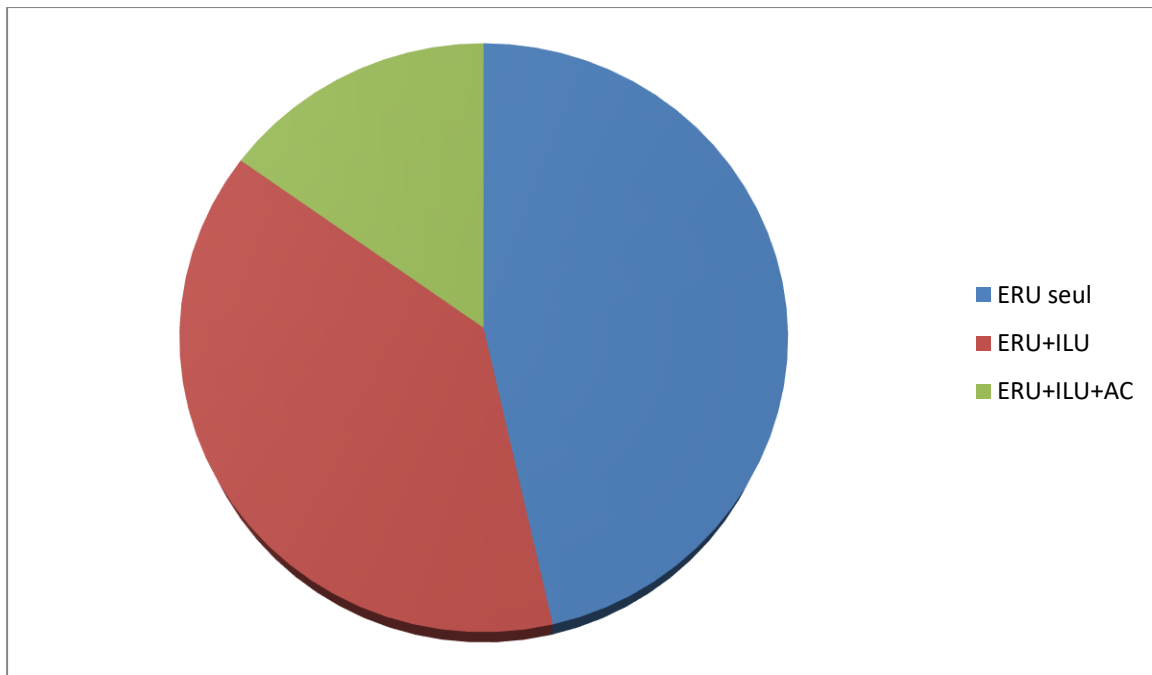


Figure2 : données de l'échographie pelvienne

L'échographie pelvienne a été pratiquée chez toutes les patientes

La ligne de vacuité utérine a été présente chez toutes les patientes avec une masse annexielle

Les méthodes thérapeutiques :

Type de traitement	effectifs	fréquence
médicale	0	0%
chirurgical	7	53.8%
Non mentionné	6	46.1%

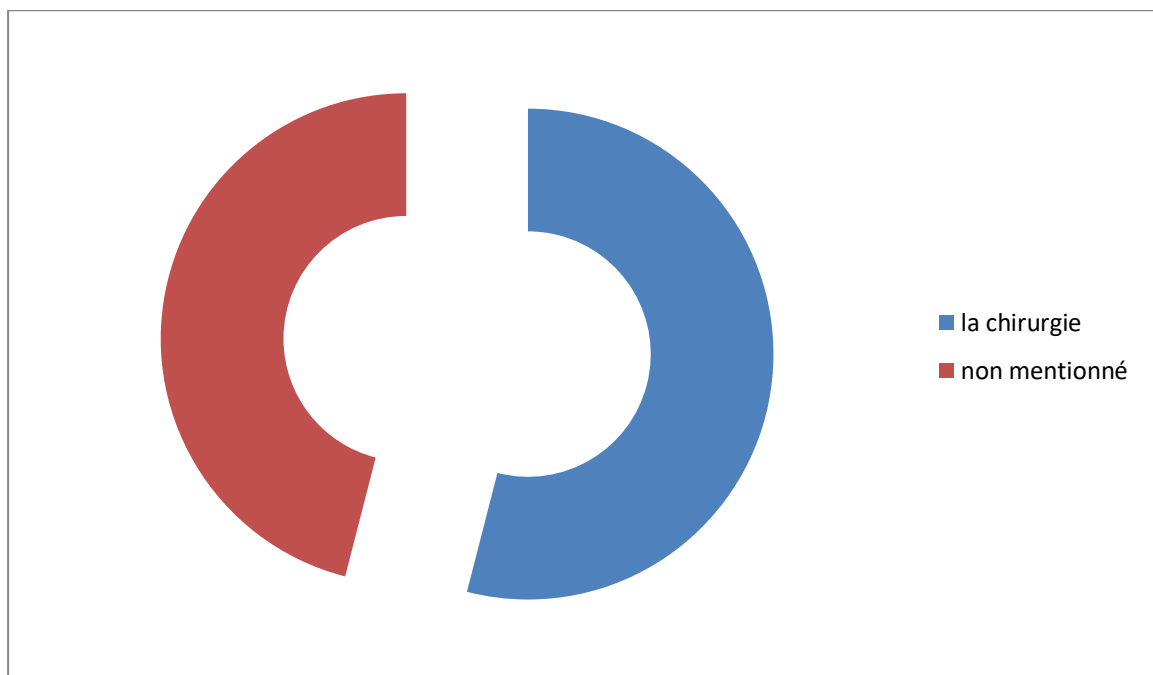


Figure3 : traitement de la GEU

On constate que le traitement de la GEU est essentiellement chirurgical.

La mortalité maternelle :

L'OMS définit la mort maternelle par le décès d'une femme pendant les 42 jours suivant l'issue de la grossesse, quel que soit la durée ou le siège, quel que soit la durée ou le siège de celle-ci, pour n'importe quelle cause due ou aggravée par la grossesse. Sont exclues les causes de décès accidentelles ou fortuites

- Dans notre étude aucune mortalité n'a été enregistrée

Conclusion :

- La GEU reste une pathologie assez fréquente, elle touche essentiellement les femmes jeunes en période d'activité génitale.
- Le diagnostic repose sur le triptyque clinique-biologie-échographie.
- Les signes amenant à consulter le plus souvent sont les douleurs et les métrorragies.
- Les facteurs de risques ont ceux des salpingites et les anomalies hormonales spontanées ou iatrogènes.
- En cas de vacuité utérine associée à un taux de β -HCG ≥ 1500 UI/L, la probabilité de GEU importante.
- Le traitement est avant tout chirurgical.

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

Références

- KB/iKB Gynécologie Obstétrique
- Site : Dr Aly Abbara
- Traitement coelochirurgical de la grossesse extra-
utérinefile:///C:/Users/Testing/Downloads/
chapitre_472681%20(2).pdf
- [http://dspace.univ-
tlemcen.dz/handle/112/3396](http://dspace.univ-
tlemcen.dz/handle/112/3396)