

UNIVERSITÉ ABOU BAKR BELKAID - TLEMCEM

FACULTÉ DE MÉDECINE

DÉPARTEMENT DE MÉDECINE



Mémoire de fin d'étude

Thème :

GROSSESSE EXTRA-UTERINE

● Réalisé par :

- AGGOUN Nor El Houda
- BAGHLI Wafaa
- TIR Abdellatif
- KHALDI Nabil

● Encadré par :

- Dr. OUALI.

Pr OUALI Mohamed
Maitre de Conférence
Gynéco - Obstétrique

Promotion Mars 2012

Dédicaces

*Nous dédions ce modeste travail à
nos parents, nos maîtres, nos amis et à tous
ceux qui ont fait de notre cursus un moment
très profitable...*

Qu'Allah nous préserve et nous guide.

PLAN DU TRAVAIL

I/ INTRODUCTION

II/ PROBLEMATIQUE

III/ METHODOLOGIE

1) OBJECTIFS

2) METHODOLOGIES

3) LES CRITERES DE SELECTION

a) CRITERES D'INCLUSIONS

b) CRITERES D'EXCLUSIONS

c) DESCRIPTION DU PROJET DE RECHERCHE

***) LES INSTRUMENTS DE MESURES**

- LES DOSSIERS MEDICAUX

- LES MOYENS DE DIAGNOSTIC

- LES METHODES THERAPEUTIQUES

d) FICHE TECHNIQUE

IV) ANALYSE DU MATERIEL D'ETUDE

1) ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE

2) ETUDE CLINIQUE

3) ETUDE THERAPEUTIQUE

4) EVOLUTION

5) PRONOSTIC

V) LA MORTALITE MATERNELLE

VI) CONCLUSION

VII) RECOMMANDATIONS

VIII) REFERENCES

I) INTRODUCTION :

Les métrorragies et les douleurs pelviennes dominent les demandes de consultation en urgence gynécologique. Bien qu'une approche médicale ou conservatrice soit le plus souvent proposée, la grossesse extra-utérine (GEU) reste toujours un diagnostic à éliminer.

L'amélioration des examens complémentaires et les nouvelles thérapeutiques permettent une approche conservatrice.

La grossesse extra-utérine est la nidation ectopique de l'œuf en-dehors de la cavité utérine, le plus souvent au niveau tubaire, plus occasionnellement au niveau ovarien ou abdominal.

Sa fréquence a doublé au cours des 15 dernières années (2% des grossesses soient 14.000 par an (en France) .

Cette augmentation paraît liée à trois facteurs :

1. La fréquence croissante des salpingites aiguës dues aux maladies sexuellement transmissibles. Grâce aux antibiotiques, les séquelles sont moindres en ce qui concerne la perméabilité de la trompe, mais les altérations de l'épithélium restent irréversibles.
2. Les recours de plus en plus fréquents à la contraception par DIU (dispositif intra-utérin) .
3. L'accroissement des traitements de stérilité : inductions de l'ovulation, FIV, chirurgies tubaires.

Malgré la mise au point de meilleures méthodes de diagnostic, la GEU reste une affection grave pour deux raisons essentielles :

1. Les erreurs de diagnostic mettent en péril la vie des patientes et peuvent être responsables de morts maternelles.
2. La survenue d'une GEU compromet gravement l'avenir obstétrical de la femme. En effet, un tiers des nidations ectopiques survient chez des nullipares dont 50% resteront stériles.

➤ ***C'est pourquoi il faut penser au diagnostic de GEU au moindre signe d'appel et recourir aux examens complémentaires afin de permettre une chirurgie conservatrice sur une paroi non rompue.***

II) PROBLEMATIQUE :

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.

III) METHODOLOGIE :

1) 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-Tlemcen, mais également de l'importance d'un diagnostic précoce et une identification rapide des situations d'urgence pour planifier une prise en charge.

2) METHODOLOGIE :

La population de l'étude est constituée de toutes les femmes hospitalisées pour suspicion de GEU au niveau de l'EHS-Tlemcen durant l'année 2011.

La durée d'étude s'étale de janvier à décembre 2011.

3) LES CRITERES DE SELECTION :

a) Les critères d'inclusion : tous les malades présentant une GEU confirmée par la clinique, la biologie et l'imagerie médicale.

b) Les critères d'exclusion :

- toutes les malades ne résident pas dans la commune de Tlemcen.
- malades perdues de vue.
- malades transférées vers d'autres wilayat.

c) Description du projet de recherche :

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 48 patientes hospitalisées au sein de la maternité de l'EHS-Tlemcen durant la période du 01/01/2011 au 31/12/2011 pour suspicion de grossesse extra utérine (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-Tlemcen.

Les informations collectées concernent :

- Le nombre total de grossesses 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 relativement simple des résultats sous forme de tableaux et de graphiques permet une vision rapide des principaux points de ce travail.

***) les instruments de mesures :**

A) LES DOSSIERS MEDICAUX : Le nombre total de grossesses durant l'année 2011 est de 8400 dont 48 GEU, donc **la fréquence de la GEU est de 0,57%**.

B) LES MOYENS DE DIAGNOSTIC :

LA CLINIQUE :

<i>Motifs de consultation</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Fréquence</i>
<i>Douleur pelvienne seule (D)</i>	18	37,5%
<i>Métrorragie (M)</i>	5	10,41%
<i>D + M</i>	16	33,33%
<i>D + vertige + nausée + céphalée</i>	3	6,25%
<i>Non mentionnée</i>	6	12,5%
Total	48	100%

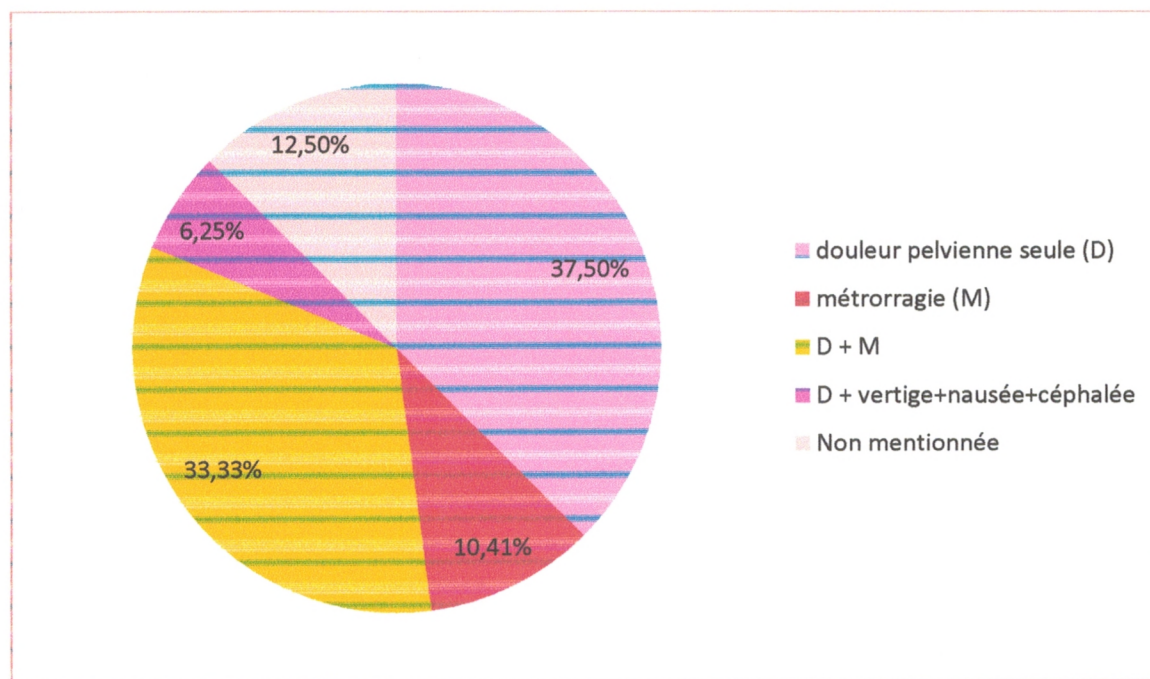


Figure 1. Les différents signes cliniques.

On constate que la douleur est quasi constante (80%), les métrorragies sont présentes dans 50% des cas, et parfois des vertiges avec nausée et céphalée (5%).

La douleur donc est le motif de consultation le plus constant.

LA BIOLOGIE

• FNS

<i>Les signes biologiques</i>	<i>Effectif</i>	<i>Fréquence</i>
<i>FNS correcte</i>	<i>27</i>	<i>56,25%</i>
<i>Anémie</i>	<i>15</i>	<i>31,25%</i>
<i>Hb effondré + hyperleucocytose</i>	<i>6</i>	<i>12,5%</i>
<i>Total</i>	<i>48</i>	<i>100%</i>

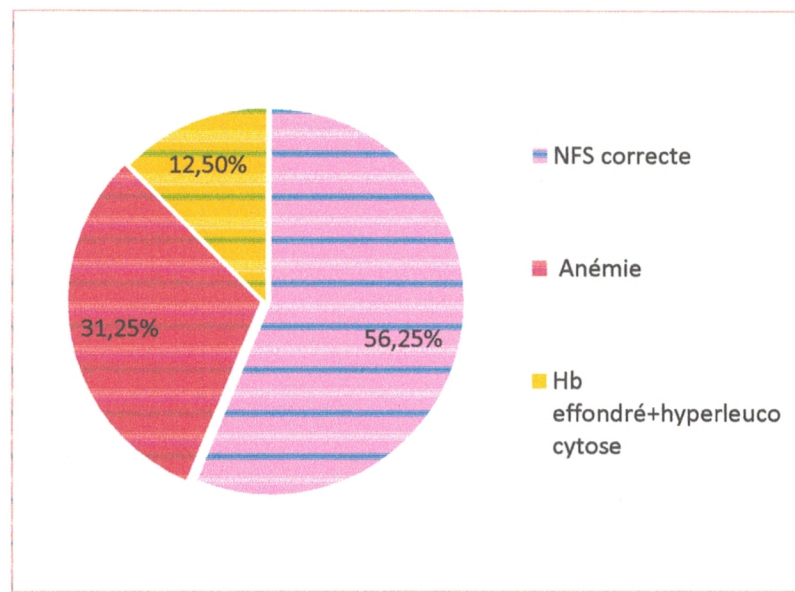


Figure 2. Les différents résultats de FNS.

On constate que plus de 50% des cas ont une FNS normale.

* TEST DE GROSSESSE :

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

* Bêta-HCG :

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

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

L'IMAGERIE MEDICALE

• L'échographie pelvienne :

<i>image échographique</i>	<i>Effectif</i>	<i>Fréquence</i>
<i>ERU seul</i>	24	50%
<i>ERU + ILU</i>	8	16,66%
<i>ERU + ILU + AC (+)</i>	3	6,25%
<i>écho non mentionnée</i>	13	27,08%
<i>Total</i>	48	100%

ERU : épanchement rétro-utérin. ILU : image latéro-utérine. AC : activité cardiaque extra-utérine.

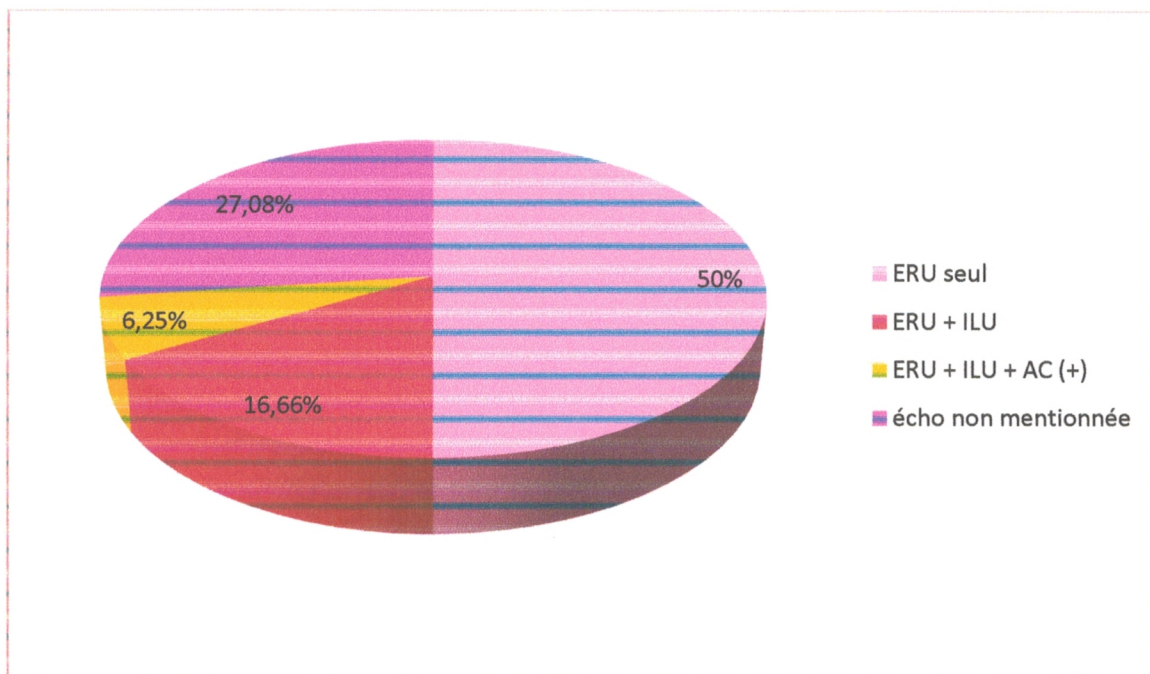


Figure 3. Données de l'échographie pelvienne.

L'échographie pelvienne a été pratiquée chez toutes les patientes.

Le diagnostic échographique était évident dans 35 cas en montrant un utérus vide, augmenté de taille, avec une masse annexielle avec ou sans écho embryonnaire (activité cardiaque et un épanchement liquidien du cul-de-sac de Douglas.)

* Echographie endo-vaginale : aucune patiente n'a bénéficié d'une échographie endo-vaginale.

* *Les avis médicaux chirurgicaux spécialisés* : mentionnés dans aucun dossier.

C) LES METHODES THERAPEUTIQUES :

1. Médical ou chirurgical ?

<i>Types de traitement</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Fréquence</i>
<i>Médical</i>	<i>0</i>	<i>0%</i>
<i>Chirurgical</i>	<i>30</i>	<i>62,5%</i>
<i>Non mentionné</i>	<i>18</i>	<i>37,5%</i>
<i>Total</i>	<i>48</i>	<i>100%</i>

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

2. Laparotomie ou cœlio chirurgie ?

<i>Type de chirurgie</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Fréquence</i>
<i>Laparotomie</i>	<i>25</i>	<i>83,33%</i>
<i>Cœlio-chirurgie</i>	<i>5</i>	<i>16,66%</i>
<i>Total</i>	<i>30</i>	<i>100%</i>

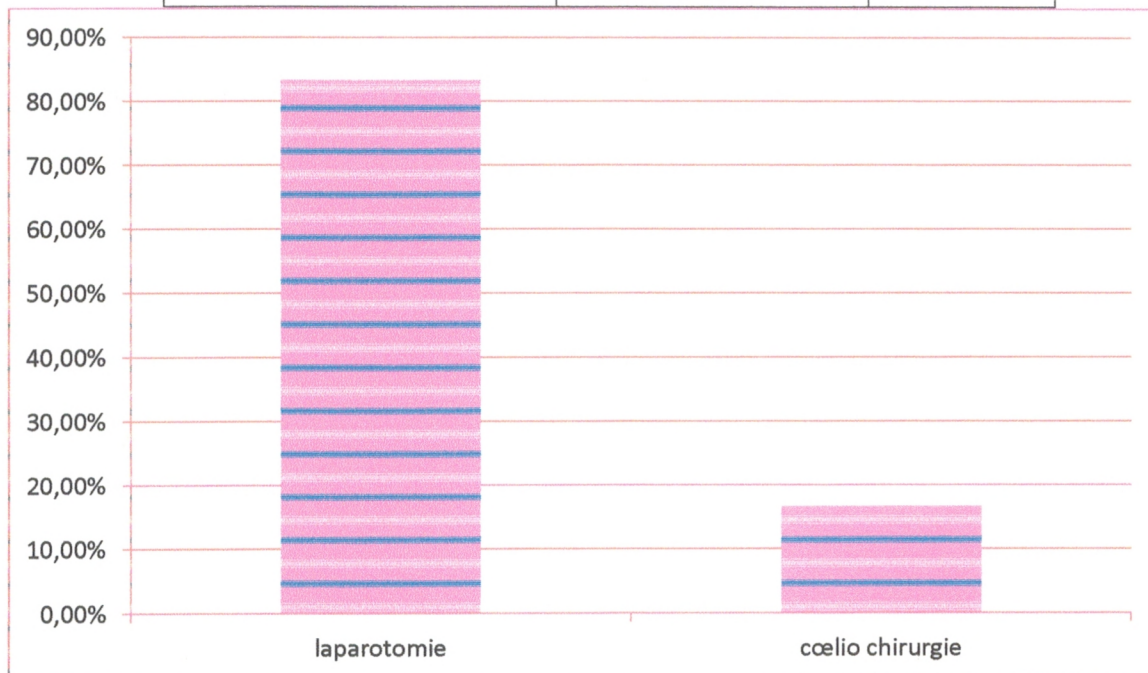


Figure 4. Type de chirurgie.

La laparotomie en urgence a été l'acte chirurgical essentiel, mais la cœlio-chirurgie reste fondamentale pour le diagnostic.

D) FICHE TECHNIQUE :

TLEMCEN le :

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 :

IV) ANALYSE DU MATERIEL D'ETUDE :

1) ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE :

* La répartition de la GEU en fonction de l'âge :

<i>Age</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Fréquence</i>
<15ans	0	0%
] 15,20]	0	0%
] 20,25]	8	16,66%
]25,30]	13	27,08%
]30,35]	11	22,91%
]35,40]	11	22,91%
]40,45]	5	10,41%
Total	48	100%

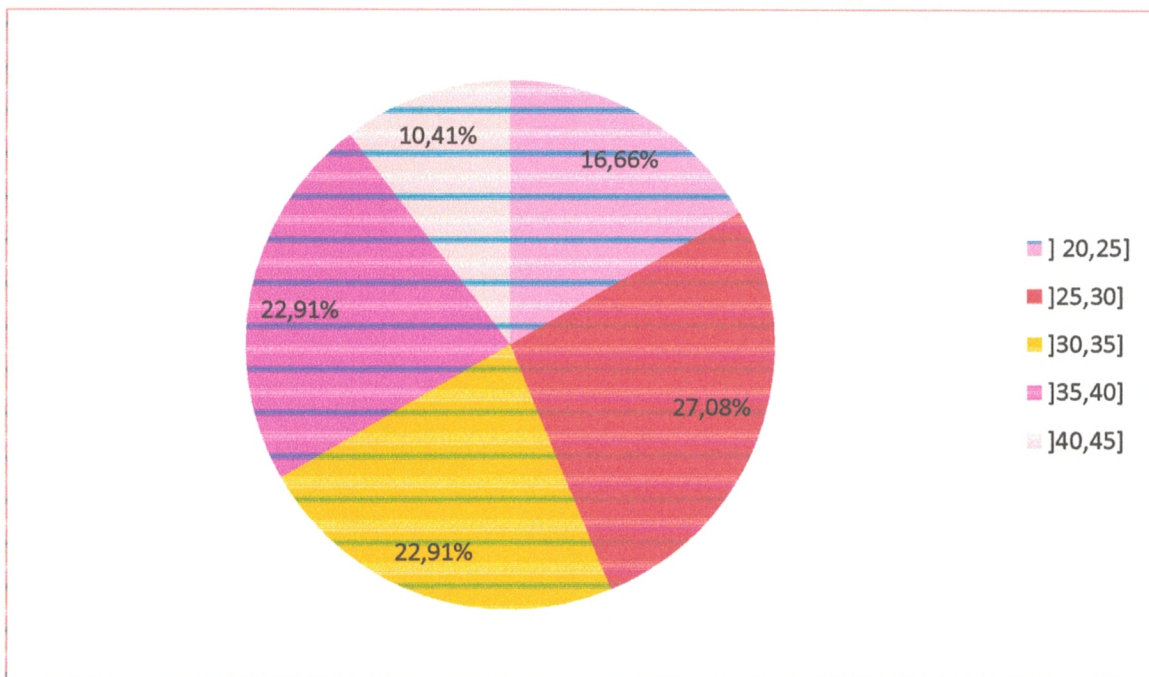


Figure 5. Répartition des GEU selon l'âge.

L'âge de nos patientes varie de 20 et 45 ans avec un maximum de fréquence de GEU pour la tranche d'âge entre 25 et 30 ans. La littérature rapporte une augmentation progressive de l'incidence de GEU avec l'âge.

- la répartition en fonction de l'AGE GESTATIONNEL :

AGE GESTATIONNEL	Effectifs	Fréquence
< 5 SA	8	16,66%
5-7 SA	27	56,25%
> 7 SA	8	16,66%
Non mentionné	5	10,41%
Total	48	100%

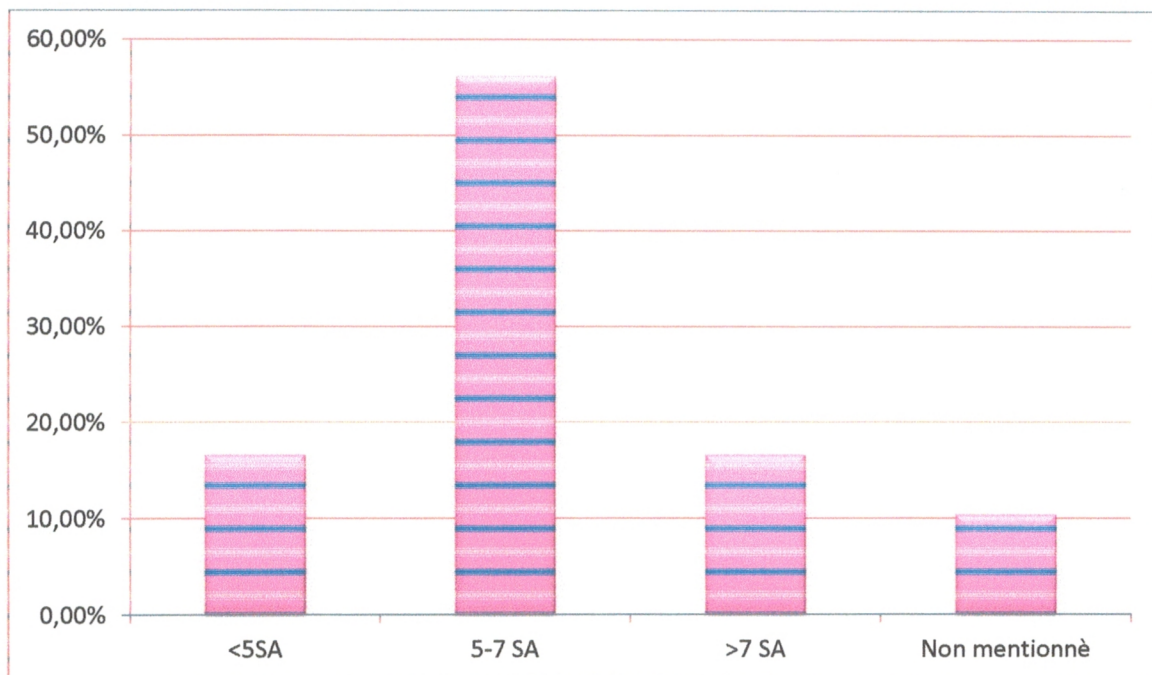


Figure 6. Répartition des GEU selon l'âge gestationnel.

La GEU est particulièrement fréquente entre la 5^{ème} et la 7^{ème} semaine d'aménorrhée.

- La répartition en fonction de la gestation :

<i>Nombre de gestes</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Fréquence</i>
<i>1</i>	<i>15</i>	<i>31,25%</i>
<i>2</i>	<i>8</i>	<i>16,66%</i>
<i>3</i>	<i>4</i>	<i>8,33%</i>
<i>4</i>	<i>6</i>	<i>12,5%</i>
<i>5</i>	<i>5</i>	<i>10,41%</i>
<i>6 et plus</i>	<i>10</i>	<i>20,83%</i>
<i>Total</i>	<i>48</i>	<i>100%</i>

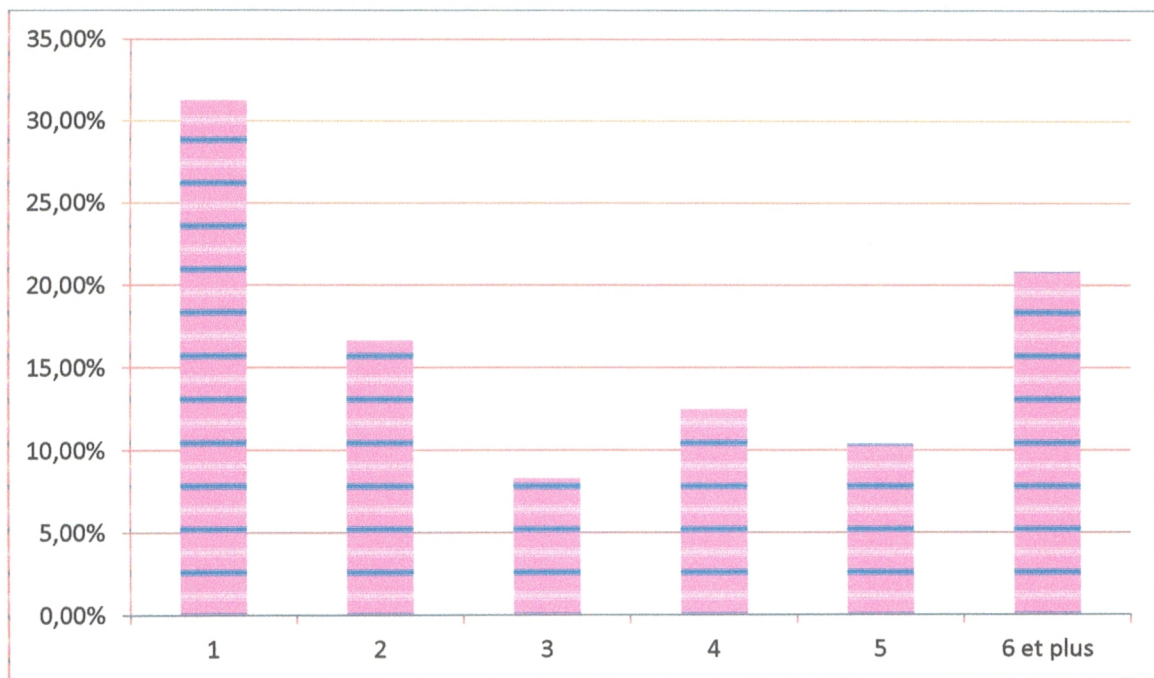


Figure 7. Répartition des GEU selon la gestation.

La GEU est particulièrement fréquente chez les primi-gestes et chez les grandes multi-gestes ayant fait 04 gestations au moins, ces deux catégories représentent ensemble près de 60% des cas.

• La répartition en fonction de la parité :

<i>Nombre de parités</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Fréquence</i>
0	20	41,66%
1	11	22,91%
2	9	18,75%
3	1	2,08%
4	5	10,41%
5	1	2,08%
6	1	2,08%
Total	48	100%

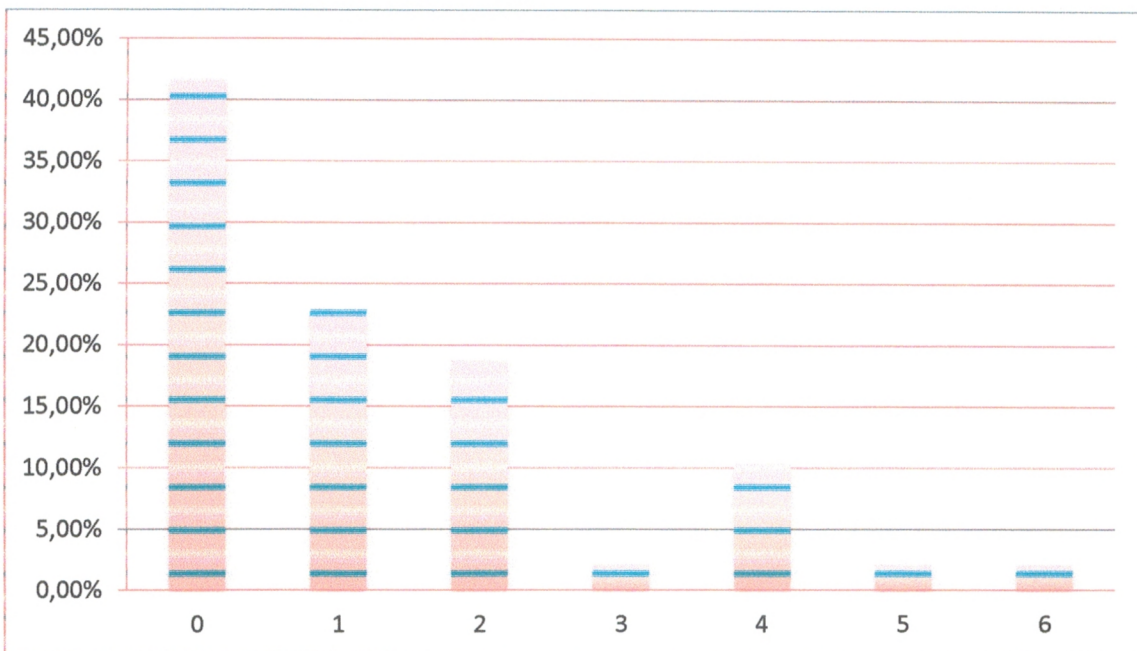


Figure 8. Répartition des GEU selon la parité.

L'étude montre le risque encouru par les primipares (25%) et les nullipares (40%), surtout les primipares âgées. Le risque s'explique par l'âge tardif de la première grossesse permettant l'installation d'une pathologie tubaire le plus souvent d'origine infectieuse et la stérilité secondaire.

La répartition est presque homogène de la multipare à la sixième pare.

- La répartition en fonction du niveau intellectuel :

Le niveau intellectuel de la patiente n'a été mentionné dans aucun dossier.

- La répartition de la GEU en fonction du mode de suivis de la patiente :

<i>Mode de suivis</i>	<i>Nombre</i>	<i>fréquence</i>
<i>Généraliste</i>	<i>1</i>	<i>2,08%</i>
<i>Gynéco-obstétrique</i>	<i>15</i>	<i>31,25%</i>
<i>Hôpital</i>	<i>13</i>	<i>27,08%</i>
<i>Non mentionné</i>	<i>19</i>	<i>39,58%</i>
<i>Total</i>	<i>48</i>	<i>100%</i>

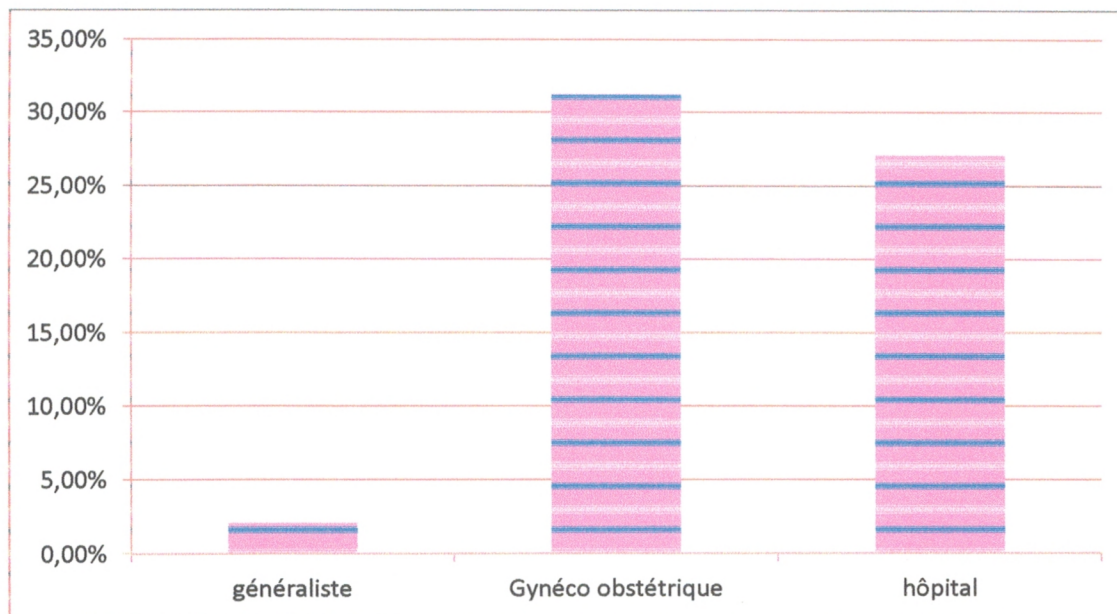


Figure 9. Répartition des GEU selon le mode du suivi.

On constate que des patientes présentant une GEU, la plupart a consulté un gynécologue privé, ensuite vient la consultation à l'hôpital (bien qu'il y ait des gynécologues à l'hôpital) et en dernier lieu chez le généraliste.

Ceci explique que les patientes donnent une considération à leur grossesse et veulent un bon suivi spécialisé.

• La répartition de la GEU en fonction d'antécédents gynéco-obstétriques :

<i>Antécédents</i>	<i>Effectif</i>	<i>Fréquence</i>
<i>stérilité</i>	<i>04</i>	<i>8,33%</i>
<i>ATCD de GEU</i>	<i>1</i>	<i>2,08%</i>
<i>Infection utéro-annexielle</i>	<i>0</i>	<i>0%</i>
<i>Avortement</i>	<i>8</i>	<i>16,66%</i>
<i>RAS</i>	<i>35</i>	<i>72,91%</i>
<i>Total</i>	<i>48</i>	<i>100%</i>

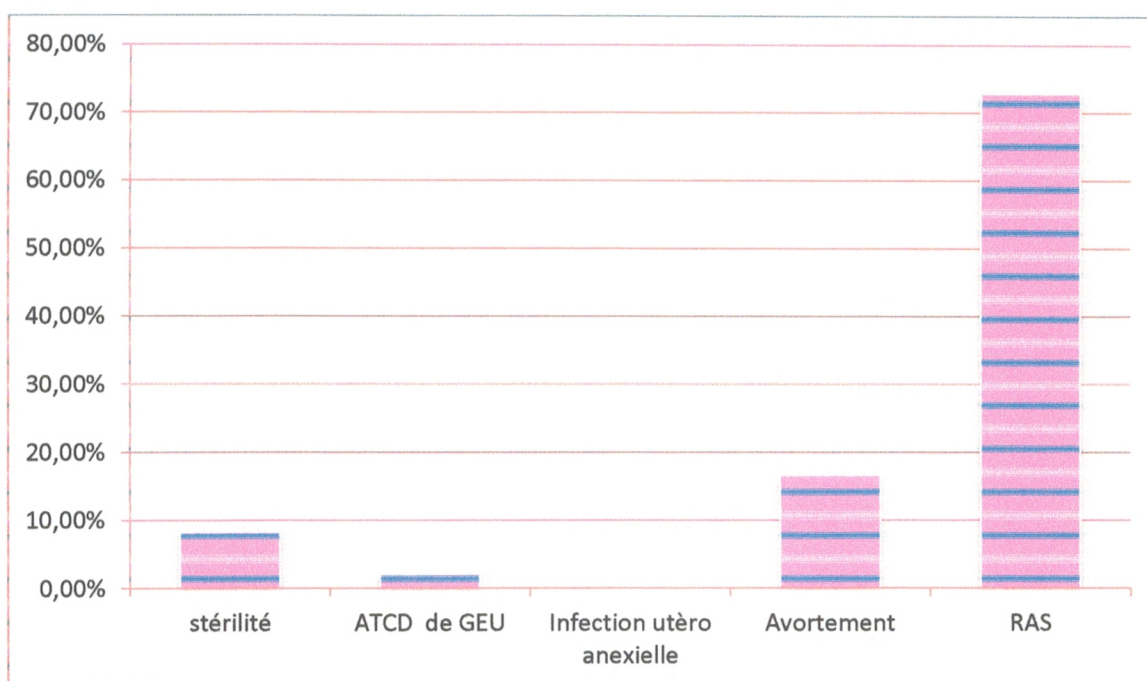


Figure 10. Répartition des GEU selon les antécédents.

L'étude des antécédents de la population montre que 30% présentent un antécédent gynéco-obstétrique, à savoir : avortement (16,66%), stérilité (8,33%), antécédent de GEU (2,02%).

• La répartition de la GEU en fonction des facteurs de risque :

<i>Facteurs de risque</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Fréquence</i>
<i>Épilepsie</i>	<i>1</i>	<i>2,08%</i>
<i>Conisation</i>	<i>1</i>	<i>2,08%</i>
<i>GEU opérée</i>	<i>2</i>	<i>4,16%</i>
<i>Fausse couche à répétition</i>	<i>3</i>	<i>6,25%</i>
<i>Adénome hypophysaire</i>	<i>1</i>	<i>2,08%</i>
<i>Césarienne</i>	<i>4</i>	<i>8,33%</i>
<i>Appendicectomie</i>	<i>1</i>	<i>2,08%</i>
<i>Non mentionnés</i>	<i>24</i>	<i>50%</i>
<i>RAS</i>	<i>11</i>	<i>22,9%</i>
<i>Total</i>	<i>48</i>	<i>100%</i>

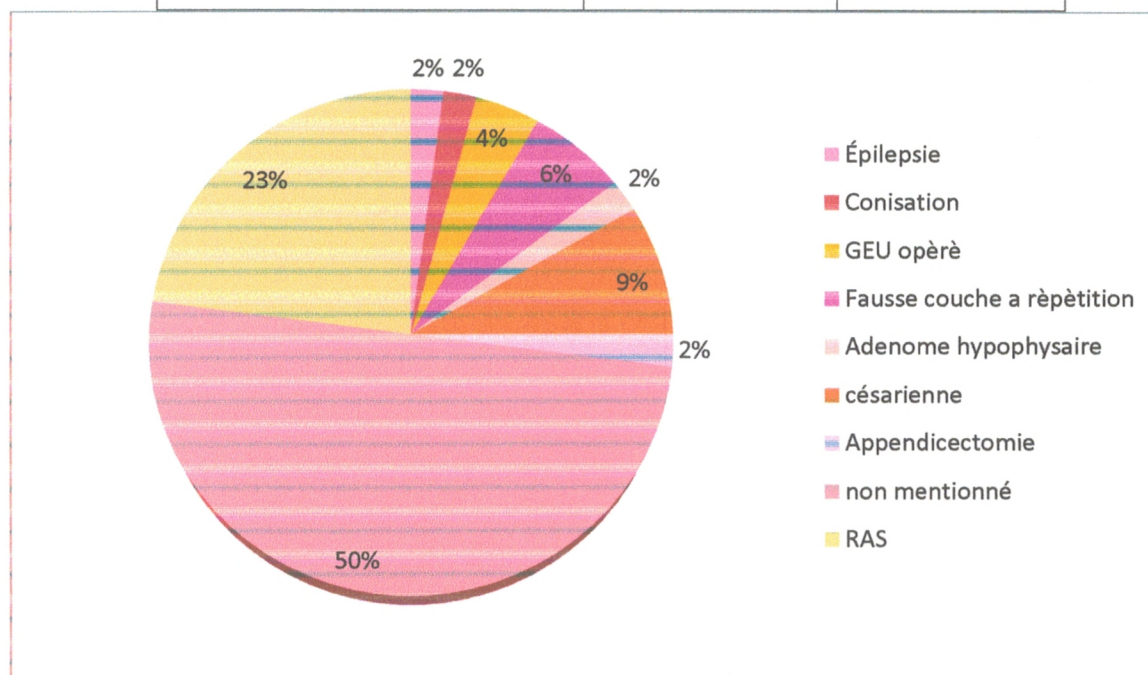


Figure 11. Facteurs de risque de GEU.

On remarque que dans 50% des cas, les facteurs de risque n'ont pas été mentionnés. Nous retrouverons les facteurs de risque les plus importants dans notre série par ordre de fréquence décroissant : césarienne, fausse couche à répétition (il faut noter que, dans les dossiers, il n'a pas été précisé s'il s'agissait de fausses couches spontanées ou d'avortements clandestins) et GEU opérée.

Nous retrouvons aussi les antécédents de chirurgie abdominale (une appendicectomie), ceci est expliqué par les adhérences et les séquelles post-opératoires pouvant constituer un obstacle devant la progression de l'œuf fécondé.

- La répartition de la GEU en fonction de la localisation :

<i>Localisations</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Fréquence</i>
<i>Ampullaire</i>	<i>29</i>	<i>60,41%</i>
<i>Isthmique</i>	<i>6</i>	<i>12,5%</i>
<i>Ovarienne</i>	<i>2</i>	<i>4,16%</i>
<i>Interstitielle</i>	<i>1</i>	<i>2,08%</i>
<i>Pavillonnaire</i>	<i>1</i>	<i>2,08%</i>
<i>Non mentionnée</i>	<i>9</i>	<i>18,75%</i>
<i>Total</i>	<i>48</i>	<i>100%</i>

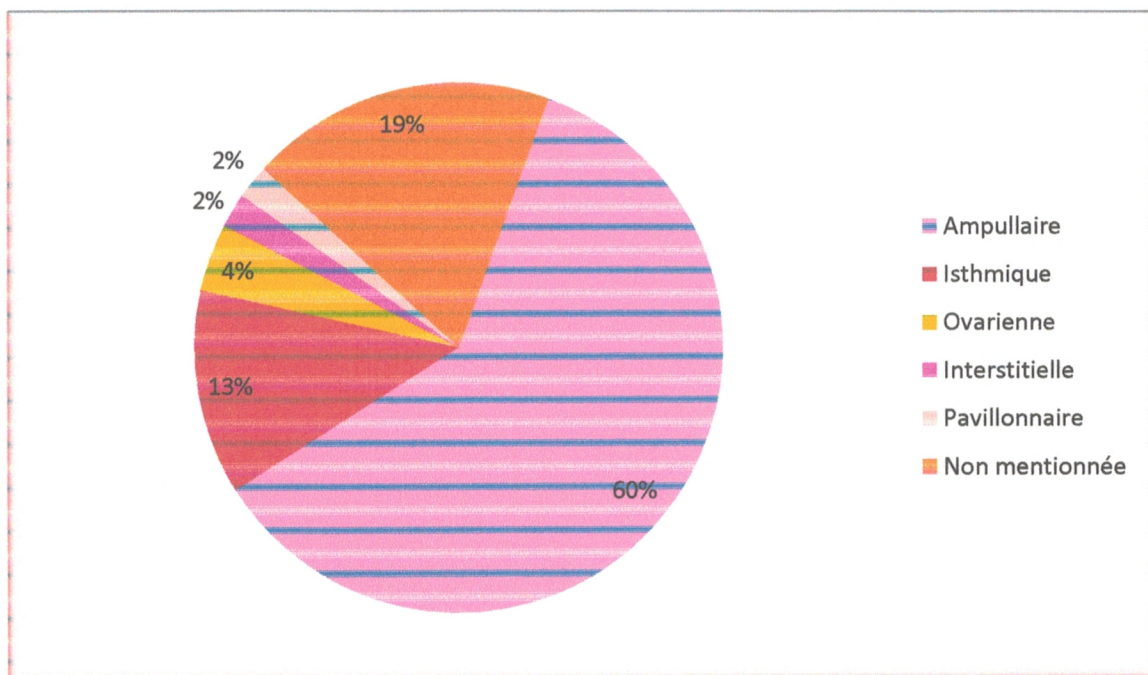


Figure 12. Localisations de la GEU.

Les localisations tubaires sont les plus fréquentes, parmi lesquelles la localisation ampullaire est la plus constatée, suivie de l'isthmique. La localisation ovarienne est exceptionnelle.

Nos résultats corroborent ceux de la littérature.

2) ETUDE CLINIQUE :

La GEU peut mimer quasiment toutes les pathologies gynécologiques d'urgence. Aucun signe clinique n'est suffisamment sensible ou spécifique. Son diagnostic repose essentiellement sur le triptyque clinique-biologie-échographie.

L'idéal serait d'arriver à le faire à un stade le plus précoce possible avant la rupture.

➤ Diagnostic positif :

1. GEU non rompue (au stade d'hématosalpinx simple) :

À évoquer devant toute femme qui consulte pour des douleurs pelviennes ou des métrorragies.

Il faut que la femme soit en période d'activité génitale, mais elle peut ignorer sa grossesse.

● La patiente ne se sait pas enceinte :

*** L'interrogatoire :**

* Il précise la date des dernières règles, leur caractère normal ou non (les dernières règles peuvent en fait être des métrorragies, allongeant le terme depuis les précédentes règles), le côté de la douleur, l'existence de scapulalgies, ou une tendance lipothymique.

Tous ces signes sont très évocateurs.

* On recherche dans les antécédents les facteurs de risque de GEU, sans oublier les maladies sexuellement transmissibles chez le ou les partenaires, l'infection pouvant passer inaperçue chez la femme.

*** L'examen clinique :**

* il commence toujours par l'évaluation de l'état hémodynamique (pouls, pression artérielle)

* la palpation abdominale précise la région douloureuse ;

* au spéculum, on recherche des métrorragies, volontiers noirâtres et peu abondantes,

* le toucher vaginal trouve un utérus de taille normale, ou classiquement plus petit que ne le veut le terme.

On recherche une masse latéro-utérine et un cul-de-sac de Douglas sensibles, voire franchement douloureux.

Le plus souvent, cet examen trouve un cul-de-sac latéral sensible.

Dans tous les cas, il s'agit d'une GEU jusqu'à preuve du contraire (β -hCG plasmatiques négatifs ou grossesse intra-utérine à l'échographie).

● **La patiente se sait enceinte :**

– Mais elle présente des signes anormaux l'amenant à consulter. Il s'agit le plus souvent de :

douleurs ou de métrorragies minimales.

– L'examen clinique retrouve le même tableau.

Dans les deux cas, la conduite à tenir face à une suspicion de GEU sera la même :

- **Biologie** : dosage quantitatif de β -hCG plasmatiques. Sa négativité exclut le diagnostic de grossesse

Un test qualitatif ou semi-quantitatif peut être réalisé dans la pratique. S'il est positif, il devra être précisé par un dosage quantitatif.

- **Échographie** : Elle est devenue un élément essentiel dans le diagnostic de GEU et en gynécologie en général.

2. GEU fissurée :

Le tableau clinique est marqué par des douleurs pelviennes avec lipothymies et scapulalgies dans un contexte de retard de règles et de métrorragies.

- Le pouls est accéléré et la pression artérielle encore conservée.
- L'examen clinique trouve une vive douleur dans le cul-de-sac latéral concerné et un cul-de sac de Douglas douloureux.
- L'échographie confirme le diagnostic ou, au moins trouve un épanchement intra-péritonéal et un utérus vide. Les β -hCG sont positifs.
- Le reste de la conduite à tenir consiste à prélever un bilan préopératoire et pré transfusionnel et à organiser l'intervention.

Le groupe phénotype (Rhésus) et les RAI sont importants, car il s'agit d'une pathologie hémorragique.

3. Rupture cataclysmique de GEU :

- C'est une urgence chirurgicale.
- Cliniquement : hémopéritoine important, toucher vaginal très douloureux et signes de choc hémorragique. L'hémodynamique est en aigu le seul signe fiable d'évaluation du degré hémorragique avant l'hémodilution : tachycardie, puis hypotension orthostatique, puis seulement hypotension.
- La réanimation préopératoire est essentielle et immédiate :

- Voie d'abord veineuse de gros calibre (16 gauges), de préférence double et périphérique.
- Rétablissement d'une volémie et d'un état hémodynamique corrects (macromolécules puis sang) éventuellement aidés d'une pression veineuse centrale (PVC).
- Prélèvement en urgence du groupe, rhésus phénotypé, RAI et d'une numération sanguine de référence.
- Intervention chirurgicale en urgence, car le pronostic vital est en jeu.

4. Formes trompeuses

a) Formes pseudo-abortives :

- Elles représentent une des difficultés diagnostiques majeures.
- C'est un tableau d'avortement spontané avec douleurs banales.
- L'échographie peut être trompeuse avec une image intra-utérine ronde, correspondant à un faux oeuf, qui est en fait une hématométrie minime au sein de la caduque.
- Comme décrit plus haut, il faut se méfier des métrorragies abondantes de sang rouge associées à l'expulsion de la caduque, mimant une fausse couche spontanée.

b) Formes pseudo-salpingitiques :

- Elles associent douleurs pelviennes, métrorragies et température à 37,8-38 °C. Le dosage de B-hCG et l'échographie rétablissent le diagnostic, si l'on sait l'évoquer.

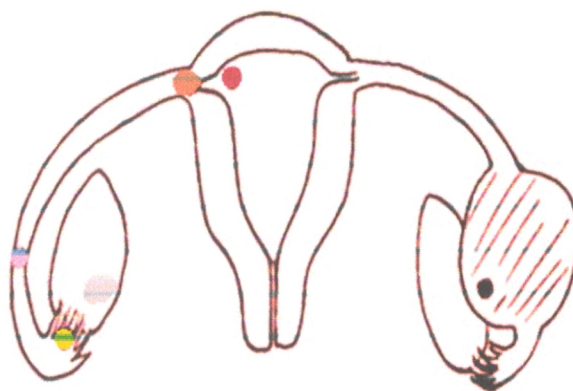
c) Formes pseudo-appendiculaires :

- Elles sont dominées par des douleurs en fosse iliaque droite. Ici encore, la biologie et l'échographie rétabliront le diagnostic.

5. Formes selon le siège

- Elles sont tubaires dans plus de 95 % des cas et ampullaire, dans 75 % des cas. Les autres sites tubaires sont décrits dans le schéma ci-contre.

Grossesse cornuale, Grossesse interstitielle, Grossesse ampullaire, Grossesse pavillonnaire, Grossesse ovarienne. Hematosalpinx contenant la grossesse ectopique.



- Elles peuvent être extra-tubaires dans le reste des cas : ovarienne, abdominale (s'implantant sur l'épiploon et les anses digestives), cornuale (au niveau de la corne utérine) ou cervicale.

➤ Diagnostic différentiel :

- La question ne se pose que devant un dosage de β -hCG positif. En effet, il existe de très nombreux diagnostics différentiels avec des β -hCG négatifs, non évoqués ici.

1. Fausse couche spontanée

- Elle présente des douleurs pelviennes, des métrorragies et l'utérus peut être vide à l'échographie soit parce qu'elle a été expulsée, soit parce qu'elle s'est interrompue très tôt.
- La surveillance de l'évolution des β -hCG plasmatiques (dynamique), de l'échographie, voire une cœlioscopie diagnostique rétabliront le diagnostic. On s'aidera parfois d'un curetage biopsique à la recherche de débris ovulaires et de villosités trophoblastiques en anatomopathologie.

2. Kyste du corps jaune hémorragique

- La patiente présente une grossesse parfois trop jeune pour être vue, et un kyste du corps jaune qui saigne. On trouve donc un test de grossesse positif, un utérus vide et un épanchement intra-péritonéal douloureux. L'évolution de la biologie et de l'échographie confirmera le diagnostic. La cœlioscopie peut toutefois être nécessaire pour arrêter le saignement.

- ❖ Toute patiente qui présente des douleurs pelviennes et des métrorragies en début de grossesse n'a pas forcément de GEU, mais l'essentiel est de ne pas passer à côté du diagnostic. C'est une GEU jusqu'à preuve du contraire.

➤ Les examens complémentaires :

1) Dosage Biochimique :

Ce sont les **β -hCG** et la **progestéronémie**. Le temps de dédoublement toutes les 48 heures peut être faussement rassurant mais il est souvent nécessaire d'effectuer deux, voire plusieurs dosages, de β -hCG pour apprécier l'évolutivité de la grossesse.

Deux éléments donnés par le dosage des β -hCG sont importants :

- le dosage qualitatif confirme que la patiente est enceinte ;

- le dosage quantitatif supérieur à 1000 UI/L correspond normalement à un âge gestationnel où la performance de l'échographie transvaginale permet d'identifier un sac gestationnel intra-utérin.

La progestérone synthétisée par le corps jaune dans les 8 premières semaines de la gestation reste stable durant cette période et paraît être en rapport avec l'évolutivité de la grossesse. Un taux supérieur à 25ng/ml peut exclure une GEU avec une sensibilité de 97%. Lorsque le taux est inférieur à 5ng/ml, on peut exclure une grossesse évolutive. C'est quand les taux se situent entre 5 et 25 ng/ml que les conclusions sont plus difficiles. La prise exogène de progestérone (duphaston, Utogestan), en particulier chez les patientes suivant une induction de l'ovulation, peut induire une erreur d'interprétation.

2) Echographie :

- Elle doit être réalisée au moindre doute.
- Elle se pratique par voie sus-pubienne, puis par voie endovaginale.
- Elle est confrontée à l'examen clinique et surtout à la biologie
- Elle confirme le diagnostic ou l'évoque fortement.
- Signes directs : masse latéro-utérine, indépendante des ovaires, contenant un sac gestationnel, une vésicule vitelline, voire un embryon avec une activité cardiaque.
- Signes indirects : absence d'image de sac gestationnel intra-utérin, épanchement intrapéritonéal (Douglas) , muqueuse épaissie déciduale, hématosalpinx.
- L'échographiste va rechercher successivement cinq points :

1. Non-visualisation d'un sac gestationnelle intra-utérin

Elle prend toute sa valeur quand le taux de β -hCG se situe entre 350 et 1000 UI/L (et plus)

2. Caduque

Son absence définit son expulsion. Si les taux de β -hCG ne décroissent pas c'est un signe pathognomonique de GEU. Si en revanche elle est encore présente, des taux de β -hCG persistants peuvent aussi signer une grossesse intra-utérine non évolutive mais trop petite pour être vue.

3. Corps jaune

Son repérage est important puisque la GEU est presque toujours à son voisinage immédiat.

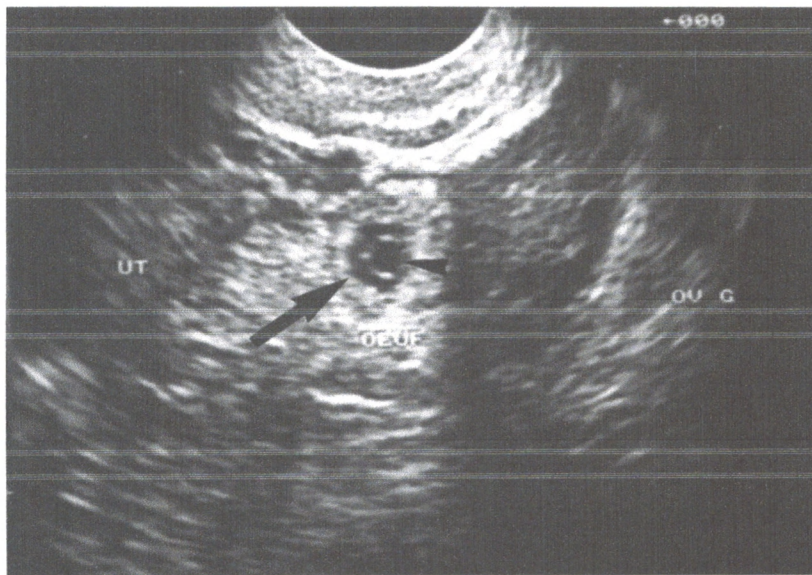
4. Masse annexielle anormale

Après repérage du corps jaune, l'analyse de l'annexe homolatéral permet le diagnostic d'une masse à moins de 1cm de l'ovaire :

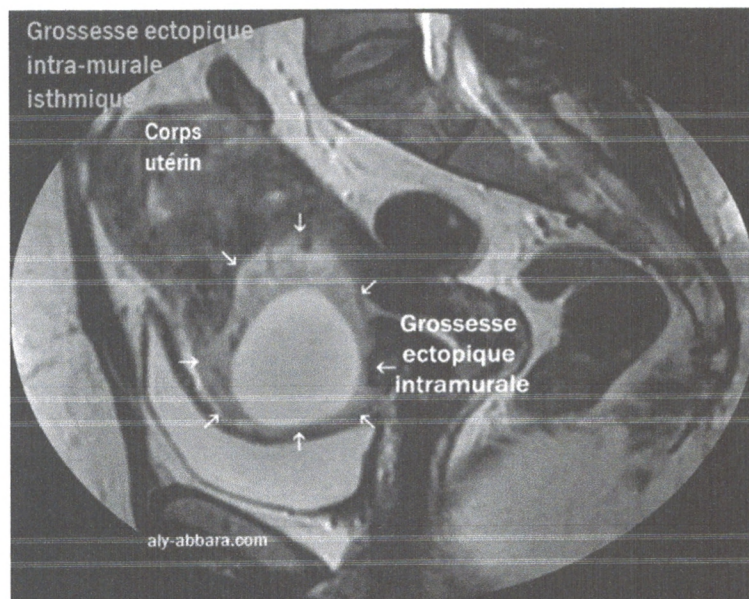
- sac gestationnel typique avec couronne trophoblastique et lacune centrale, visualisation de la vésicule vitelline voire de l'embryon.
- masse échogène hétérogène correspondant à un Hématosalpinx.

5. Hématocèle et Hémopéritoine

L'hématocèle est une masse hétérogène à distance de l'ovaire ou en arrière de l'isthme. L'Hémopéritoine est souvent minime mais peut devenir un facteur péjoratif s'il est important ou s'il évolue d'un examen à un autre.



Aspect échographique d'une GEU.



- La présence d'une grossesse intra-utérine élimine quasiment le diagnostic de GEU, car la probabilité d'avoir deux grossesses dont une extra-utérine et l'autre intra-utérine (grossesse hétérotopique) est estimée entre 1/10 000 et 1/30 000 grossesses.

3) ETUDE THERAPEUTIQUE :

- Le traitement est avant tout chirurgical. Il peut être médical dans des circonstances bien précises évoquées plus loin.
- Le but est d'interrompre la GEU avant qu'elle ne saigne trop ou qu'elle ne détruise définitivement la trompe.
- On n'oubliera pas la prévention de l'allo-immunisation Rhésus chez les femmes Rhésus négatif.

Un score peut être établi pour décider d'une thérapeutique en fonction de tous les éléments vus ci-dessous :

Tableau 2. Score indiquant un traitement médical			
<i>(d'après H. FERNANDEZ, C. LELAIDIER, V. THOUVERBEZ, R. FRYDMAN)</i>			
	1	2	3
● Terme (jours d'aménorrhée)	>49	≤49	≤42
● β-hCG mUI/mL	≤1000	≤5000	>5000
● Progestéronémie (ng/mL)	≤5	≤10	>10
● Douleur	Nulle	provoquée	Spontanée
● Hémosalpinx (cm)	≤1	≤3	>3
● Hémopéritoine (mL)	≤10	≤100	>100

A/ Méthodes chirurgicales :

1. Salpingectomie coelioscopique :

- Traitement radical qui enlève la trompe et la GEU.

2. Salpingotomie coelioscopique :

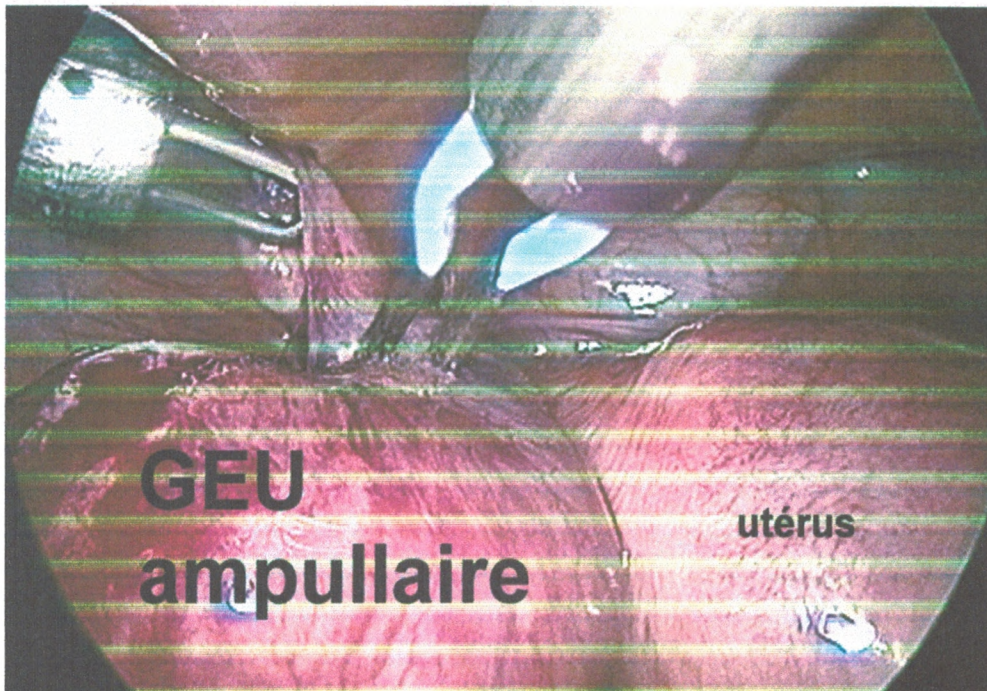
- C'est le traitement conservateur. Il consiste à évacuer la GEU de la trompe, soit par simple expression du contenu tubaire, soit en incisant la trompe pour la vider.

3. Laparotomie :

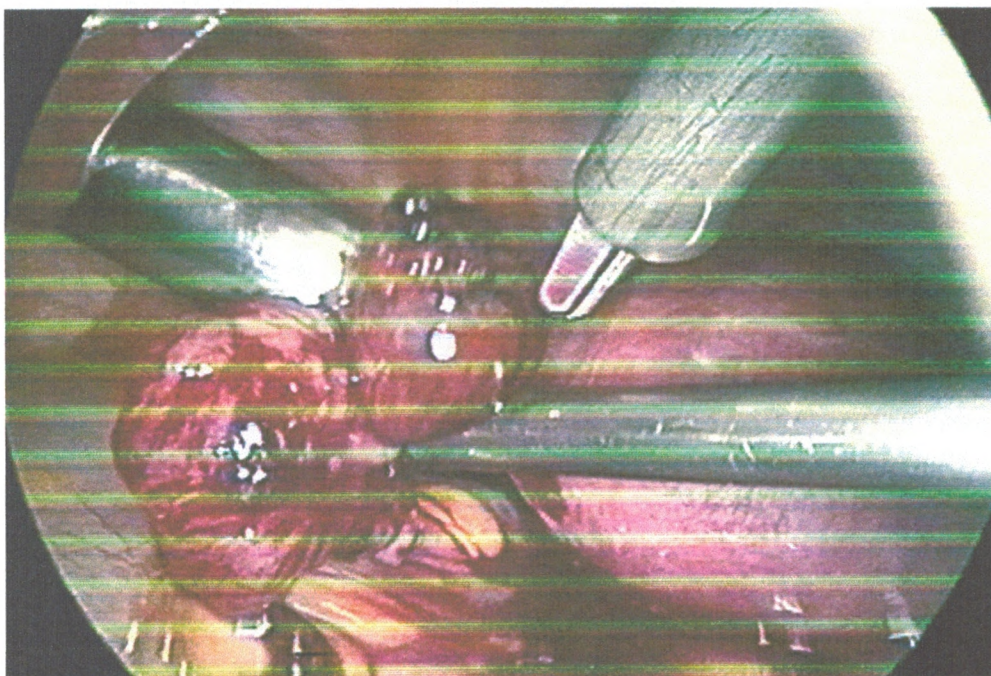
- Les deux techniques (salpingotomie ou salpingectomie) sont alors possibles. Il peut s'agir d'une laparotomie médiane sous-ombilicale ou d'une voie transversale basse de type Pfannenstiel.

Le traitement de référence reste la coelioscopie.

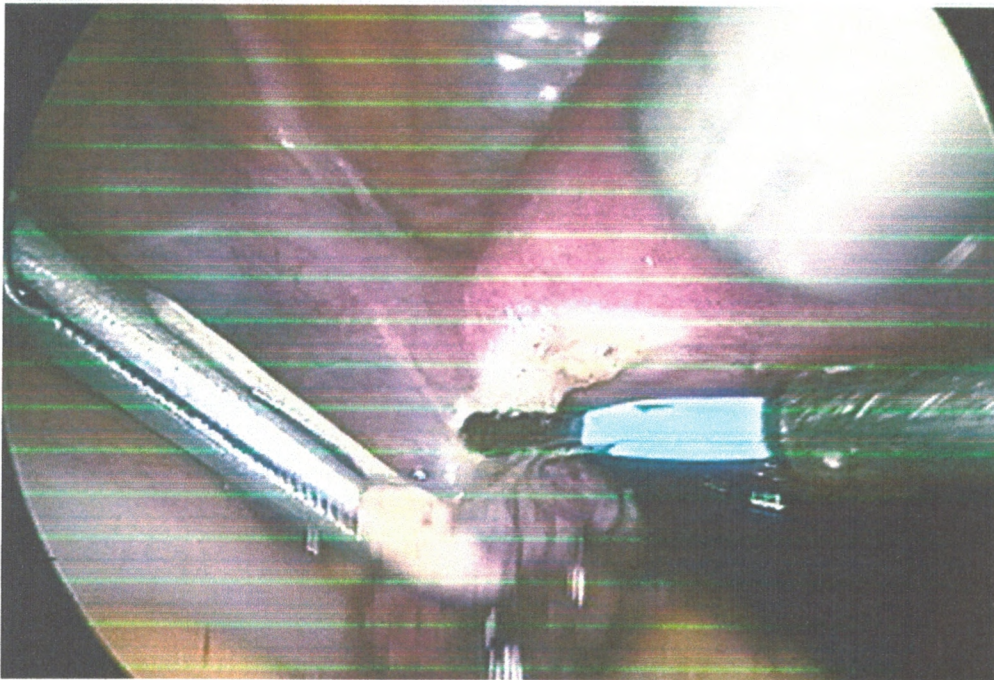
COAGULATION BIPOLAIRE ANTIMÉSIALE



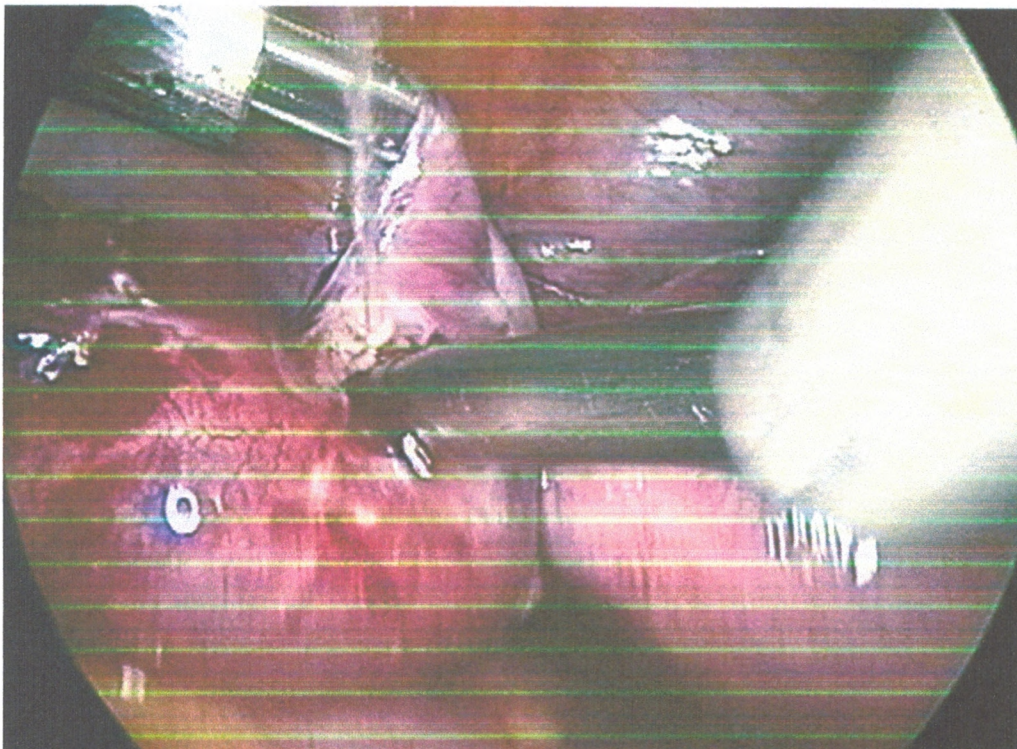
EXTRACTION OVULAIRE



GEU - SALPINGECTOMIE RETROGRADE



LAVAGE-ASPIRATION



B/ Méthodes médicales

- Elles consistent en l'injection (intramusculaire) de méthotrexate ou plus rarement directement dans l'œuf.

- Un bilan pré thérapeutique (numération, bilan hépatique, rénal) sera réalisé pour dépister d'éventuelles contre-indications.

Le méthotrexate :

Il est proposé pour des scores inférieurs à 13. Les taux de réussite sont de 70% à 90%.

Si le sac gestationnel est visible, une seule injection de MTX à 1mg/kg in situ est admise, sous échographie transvaginale et sans anesthésie préalable. Si le sac gestationnel n'est pas, ou difficilement, visible une injection intramusculaire à la dose de 1.5 mg/kg. La surveillance de ce traitement se fait par le dosage des β -hCG.

Les β -HCG s'élèvent d'abord jusqu'à 40% de leur taux initial avant de décroître. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de pratiquer un dosage de β -hCG avant le cinquième jour post-injection. La décroissance se fait lentement dès que l'on atteint une diminution des β -hCG de plus de 30% des taux initiaux.

Une surveillance tous les 8 à 10 jours est suffisante jusqu'à la négativation des taux.

Le contrôle échographie est nécessaire en cas de nouveau signes clinique ou de stagnation, voire l'augmentation des taux de β -hCG. Sinon il est peu contributif car la récupération anatomique ne se fait pas dans les mêmes temps.

Si l'image échographie s'est aggravée les signes cliniques se sont accentués les taux ne diminuent pas une deuxième injection de MTX en intra musculaire peut être nécessaire ; il s'agira d'un échec partiel.

Un échec complet sera défini par une cœlioscopie malgré un traitement médical (5%).

D'après nos derniers résultats, l'injection in situ de MTX permet plus de 90% de succès ; la tolérance au traitement est excellente. Il faut cependant rappeler que quel que soit le traitement, la fertilité ultérieure ne dépend que de l'âge et de l'existence ou non de facteurs d'infertilités antérieures à la GEU index.

C/ Indications

- Les indications de la laparotomie sont les urgences extrêmes, comme la rupture cataclysmique avec hémopéritoine massif et/ou choc hémorragique, et les contre-indications à la cœlioscopie et au traitement médical.

- Les indications du traitement médical sont :

– Un terme précoce (inférieur à 7 SA), un hématosalpinx et un hémopéritoine minimes, l'absence de douleur ou des douleurs peu importantes, l'absence d'embryon avec une activité cardiaque dans le sac gestationnel ectopique et un taux de β -hCG plasmatiques inférieur à 5000 UI/l. Le suivi sera rigoureux, et l'on peut être amené à réinjecter une nouvelle dose de méthotrexate ou à passer au traitement chirurgical.

- Les indications du traitement célioscopique concernent tous les cas en dehors de ceux évoqués ci-dessus.

- Le choix entre le traitement conservateur ou radical est guidé par :

- l'état de la trompe ;

- le désir de grossesse ;

- l'état de la trompe controlatérale.

- On sera d'autant plus conservateur que la patiente est jeune, nullipare, qu'il s'agit d'une trompe unique et que le diagnostic a été précoce.

4/ EVOLUTION :

- Elle ne se conçoit que traitée.

- Spontanée, elle est dominée par le risque hémorragique de la fissuration ou de la rupture cataclysmique.

- Il y a des GEU qui évoluent spontanément et disparaissent silencieusement. Ce sont celles que nous ne voyons pas.

C'est une évolution sur laquelle il ne faut de toute façon pas compter.

5/ 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 mal fonctionnement tubaire. On assiste à un tiers de récurrences, 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 (voir facteurs de risque) et la chirurgie tubaire sont les principaux responsables.

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

V/ LA MORTALITE MATERNELLE :

L'OMS, dans sa 9^{ème} classification (I. C. D. 9), définit la mortalité maternelle par : *“le décès d'une femme pendant la grossesse ou pendant les 42 jours suivant l'issue de la grossesse, 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.
- Selon d'autres études, les étiologies de la mortalité maternelle sont comme suit :
 - La rupture cataclysmique est responsable de la majorité des décès souvent associée au retard du diagnostic et au retard d'intervention.
 - Cependant, des observations exceptionnelles d'hémopéritoines, d'origines génitales, non liés à la GEU ont été décrites : ***une bilharziose, un choriocarcinome tubaire***, et même un ***SIDA*** révélé par une thrombopénie ou encore par un ***syndrome de Fitz-Hugh-Curtis***.

Il est donc essentiel de bénéficier de l'examen histologique des pièces d'exérèse et surtout de réaliser une enquête complète si l'appareil génital ne semble pas être à l'origine de l'hémopéritoine.

- Décès dus à l'anesthésie : par inhalation réalisant un syndrome de Mendelson, ou bien par inversion d'une valve (exceptionnelle).

VIII) REFERENCES

- **The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics. 3ème Edition du 12/01/2006.** The Johns Hopkins University School of Medicine Department of Gynecology et Kimberly B Fortner.
- **NMS Obstetrics and Gynecology, 6th Edition 11/01/2007** par Samantha M Pfeifer.
- **Deja Review : Obstetrics & Gynecology** Par Catherine J. Lee 19/05/2008.
- **Grossesse Extra Utérine** par Dr A. MOHAMMED BELKEBIR, EPH HASSANE BADI.
- **La Collection Hippocrate gynécologie-obstétrique, réanimation-urgences** par Dr Jacky NIZARD.
- **GROSSESSE EXTRA-UTERINE A L'HOPITAL REGIONAL DE BAFOUSSAM** : Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. (Manucript N°D197. Received 16/04/2010. Accepted in revised form 17/06/2010)

VII/ 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 métrorragies.
- Les facteurs de risques ont ceux des salpingites et des anomalies hormonales spontanées ou iatrogènes.
- 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 cœlioscopie.
- Dans des formes précoces, on peut envisager un traitement par Méthotrexate sous conditions d'une surveillance prolongée du taux de β -hCG.

VII/ RECOMMANDATIONS

- Education de la femme sur l'intérêt d'une surveillance régulière de sa grossesse et de consulter en cas de signes d'appel.
- Identification des femmes ayant des facteurs de risque de GEU.
- Mettre à la disposition des Médecins de l'admission un protocole écrit spécial de la GEU pour qu'un temps précieux ne soit pas perdu par la pratique de gestes inutiles.
- Assurer la réalisation de l'échographie en urgence 24 H / 24 H.
- Equiper, organiser le laboratoire afin d'obtenir des résultats en urgence et sur les lieux.
- Équiper la maternité d'un **banque de sang** propre à elle.
- Assurer la présence d'une équipe pluridisciplinaire capable d'effectuer sans délai les gestes qui sauvent.
- Doter la maternité d'une salle d'urgence contenant le matériel minimum pour les gestes élémentaires de réanimation : une source d'oxygène, un aspirateur, etc.