

GROSSESSE EXTRA - UTÉRINE

Cours DES 28 /11/ 2008

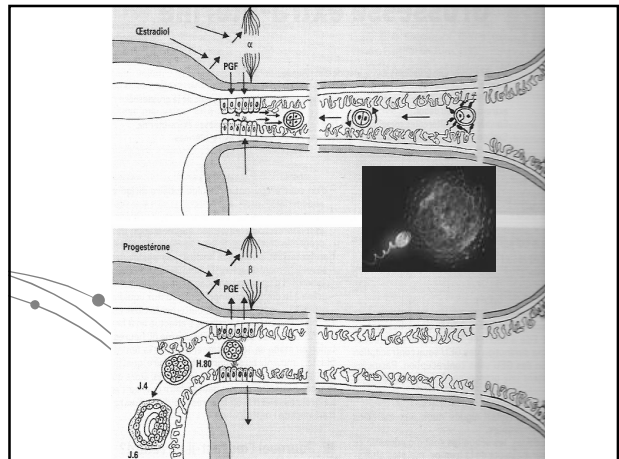
Dr Brochot-Delhayé Céline

Définition / Epidémiologie:

- Nidation en dehors de la cavité utérine
- = urgence gynécologique, à rechercher en permanence (1 DC / an en France)
- Parmi les femmes qui souhaitent une grossesse 2% auront une GEU

Physiopathologie:

- Oeuf fécondé séjourne 72h à la jonction ampullo-isthmique
- Franchissement de l'isthme à la fin du 3^e jour post ovulatoire
- Chez la femme, le trophoblaste s'implante au 6^e jour post ovulatoire qq soit le lieu où il se trouve (trompe, ovaire, péritoine...) ≠ animal = implantation uniquement sur l'endomètre
- => GEU // retard dans la migration de l'oeuf



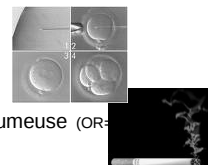
Physiopathologie: Etiologies des retards de migration :

- 1- Retard de captation par le pavillon de la trompe
- 2- Arrêt ou ralentissement de la migration dans la trompe :
 - malformation congénitale
 - séquelle inflammatoire
 - endométriose interstitielle
 - facteur spasmodique tubaire
 - inhibition des contractions musculaires de la trompe

(microprogestatifs, tabac)

Facteurs de risques :

- ATCD de salpingite aiguë (perméabilité des trompes conservée par l'antibiothérapie mais altération de l'épithélium) (OR = 3,5) OU passée inaperçue / Chlamydiae Trachomatis
- Chirurgie tubaire notamment pour stérilité (OR = 3,5)
- AMP : induction de l'ovulation
- Tabagisme actif (OR = 3), ou ex fumeuse (OR = 3,5)



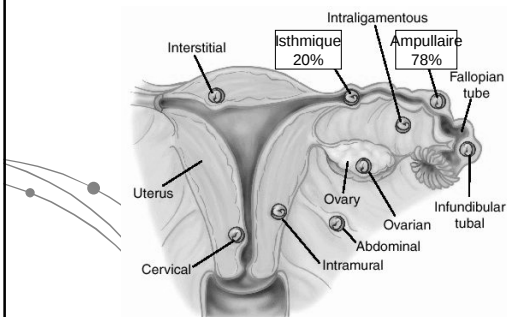
Facteurs de risques :

- **Age**: risque à part entière + accumulation des autres
FDR(30-39 ans OR= 1,5; >40 ans OR = 3) 
- **ATCD d'IVG** (OR = 2), ou **FCS** (OR = 3), ou **GEU**
- **ATCD de DIU** (OR = 1,5), 
- **Contraception microprogestative** (inhibition des contractions musculaires de la trompe) 

Localisation:

- **Ampullaire** (= 78% cf portion élastique et large)
- **Isthmique** (= 20% révélation précoce cf étroitesse)
- **Interstitielle** (rare)
- **Abdominale** (=1,3%, insertion sur le grêle et le mésentère permettant parfois une évolution prolongée voire jusqu'au terme cf Amiens)
- **Ovarienne** (= 3,2%, peut être confondue avec un corps jaune hémorragique)
- **Cervicale** (GIU d'implantation pathologique sur cicatrice de myomectomie, césarienne, curetage, FIV)

Localisation:



Evolution:

- **Régression spontanée**
- **ouverture des vaisseaux de la paroi tubaire par les villosités => Hématosalpinx**
- **vascularisation tubaire insuffisante limitant le développement de l'œuf (mvse cinétique des β hCG) et les sécrétions hormonales du corps jaune => Métorragies avec décollement de la caduque, épanchement du Douglas**
- **En l'absence d'intervention: accidents hémorragiques graves par rupture ou fissuration de la trompe ou avortement tubo-abdominal**

Diagnostic clinique:

- **Interrogatoire:**
 - Recherche de FDR, ATCD, DDR nles ou pas
 - SF: douleurs abdomino-pelviennes latéralisées, métorragies +/- douleurs irradiant à l'épaule (= signe d'hétopéritoine)
- => Grossesse + douleurs + métorragies = penser GEU

Diagnostic clinique:

Examen :

- TA, FC
- Signes d'irritation péritonéale : Bloomberg positif (douleur à la décompression), défense, contracture
- Métrorragies sépia
- TV: douleurs à la mobilisation utérine avec +/- masse latéro utérine +/- cri du Douglas

≠ Formes cliniques :

- Forme pseudo abortive:
 - = fréquente
 - = expulsion de débris de caduque pouvant faire penser à une FCS
 - = y penser en cas de curetage non productif
 - = rechercher masse latéro utérine au TV

≠ Formes cliniques :

- Forme simulant une salpingite :
 - = fièvre + hyperleucocytose + métrorragies

Mais = signes unilatéraux, glaire propre, β hCG +

≠ Formes cliniques :

- Forme pseudo tumorale par hématocele ancienne:
 - = pesanteur pelvienne, métrorragies +/- troubles compressifs vésicaux ou rectaux, fébricule
 - = masse pelvienne +/- sensible
 - = β hCG +/-
 - = écho = tumeur hétérogène mal limitée
 - = diagnostic + par coelio

≠ Formes cliniques :

- Grossesse abdominale évoluant depuis + de 5 mois:
 - = douleurs abdominales lors des mouvements fœtaux
 - = métrorragies possibles avec expulsion de caduques
 - = fœtus directement perçu sous la peau sans interposition myométriale
 - = utérus non gravide perçu au TV
 - = diagnostic évoqué sur un terrain à risque de grossesse ectopique ou d'antécédent traumatique utérin
 - = diagnostic + par écho = fœtus hypotrophique au milieu des anses grêles

GEU abdominale Amiens

- = confirmé par l'IRM = examen de référence
- = attitude conservatrice proposée en cas de diagnostic après 20 SA,
- = sous réserve d'un bilan foetal normal,
- = d'un site d'insertion placentaire à distance du foie et de la rate,
- = d'une stabilité clinique maternelle et d'une surveillance hospitalière en bonne concertation avec les parents informés des risques.

GEU abdominale Amiens

- = L'insertion placentaire utérine semble être un élément déterminant du pronostic de ces grossesses.
- = La surveillance materno-fœtale s'appuie sur l'examen clinique, des écho-Doppler réguliers, et des enregistrements quotidiens du rythme cardiaque fœtal.
- = En l'absence de complication, la laparotomie est programmée à 34 SA.
Lors de l'intervention le placenta est laissé en place si son ablation comporte un risque hémorragique.

≠ Formes cliniques :

- GEU persistante après IVG:
- = en l'absence de contrôle du produit d'aspiration ou d'écho pré IVG de qualité, la GEU se manifestera le + souvent par une rupture
- = y penser en cas de douleur ou saignements après une IVG

≠ Formes cliniques :

- Grossesses hétérotopiques:
- = 1/30000 grossesses
- = + frq en cas d'induction de l'ovulation
- = tableau de menace d'avortement avec masse annexielle douloureuse
- = GIU faussement rassurante
- = ablation chir. de la GEU sans traumatiser l'utérus



Diagnostics différentiels

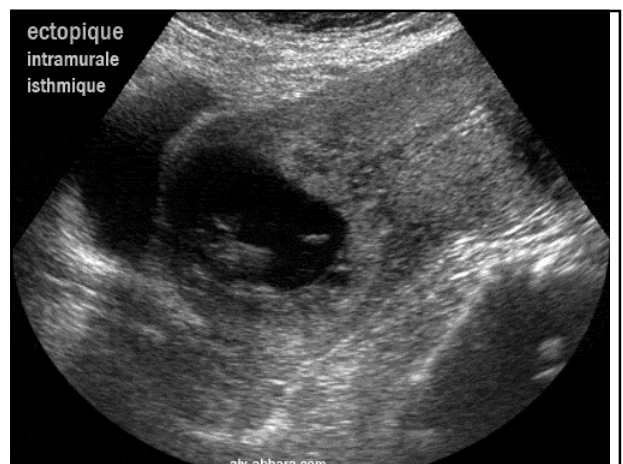
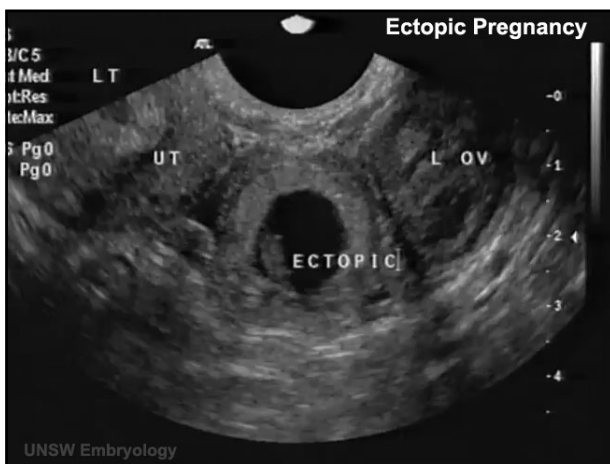
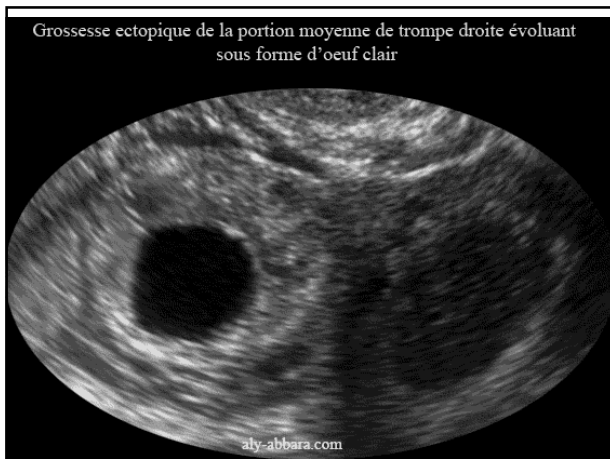
- Infection génitale haute
- Torsion d'annexe / autre complication d'un kyste: corps jaune hémorragique ou rupture de kyste endométriosique
- FCS
- Appendicite
- Endométriose

Diagnostic échographique :

- Signes directs =
 - Masse annexielle hétérogène
 - Hématosalpinx
 - Sac gestationnel en position extra utérine (10 à 20% des cas) avec +/- écho embryonnaire
- Signes indirects =
 - Vaguité utérine avec muqueuse épaisse
 - Pseudo-sac (central, entouré d'une couronne endométriale simple ≠ œuf = excentré avec double couronne trophoblastique)
 - Épanchement intra-péritonéal (65% des cas) non spécifique
 - Comblement du Morrison (voie sus-pubienne)

Diagnostic échographique :

- La présence d'un sac endo-utérin avec VV ou embryon permet d'exclure la GEU en dehors d'un contexte d'AMP (grossesses hétérotopiques)



Diagnostic biologique :

- β hCG qualitatifs +/- quantitatifs:
 - retrouvé dans le sang maternel dès le 10^e jour post ovulatoire
 - Doublement du taux toutes les 48h le premier mois de grossesse

=> Penser GEU si :

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

Traitement :

- Abstention thérapeutique
- Conservateur = médical ou chirurgical
 - médical = méthotrexate IM
 - chirurgical = salpingotomie
- Radical = chirurgical = salpingectomie

Abstention thérapeutique:

- = chez une femme très coopérante
- = taux de β hCG faible < 1000 UI/mL
- = avec décroissance spontanée
- = surveillance clinico-biologique et échographique bi hebdomadaire jusqu'à négativation
- = MTX ou chirurgie si mauvaise décroissance, ascension du taux ou algies pelviennes
- = permet d'éviter le ttt erroné d'une femme présentant une FCS

Méthotrexate :

- = antimitotique bloquant le dvpt du trophoblaste qui se résorbe spontanément
- = recommandé si:
 - taux de β hCG < 1000 à 5000 UI/mL,
 - GEU non visible en écho, pauci ou asymptomatique,
 - hématosalpinx < 4cm, hémopéritoine < 5cm,
 - patiente multi-opérée, ATCD de chir pelviennes multiples, obésité morbide, CI à l'anesthésie

Méthotrexate :

- = bilan pré thérapeutique = β hCG, BH, NFS, urée, créatinine
- = 1mg/kg en IM en dose unique le + souvent
- = surveillance de la décroissance des β hCG X1 à X2/ semaine jusqu'à négativation
- = parfois nécessité d'une deuxième injection
- = toujours prévenir du risque de chirurgie 2^e en cas d'échec

Méthotrexate :

- = nécessité d'une contraception efficace pendant 3 mois après l'injection (mais si injection pendant une grossesse évolutive = surveillance écho pas d'IMG systématique)
- = peut être injecté in situ par voie coelioscopique en cas de grossesse cornuale

TTT chirurgical:

- Seul à pouvoir poser le diagnostic définitif de GEU avec détermination précise de la localisation
- Par coelioscopie dans la majorité des cas
- Par laparotomie en cas de choc hémorragique ou d'ATCD chirurgicaux majeurs

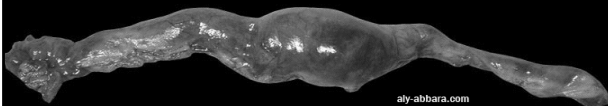
Coelioscopie:

- = si l'hémodynamique le permet
- = β hCG > 5000- 10000 UI/mL
- = hématosalpinx > 4 cm
- = CI au ttt médical
- = impossibilité de suivi ambulatoire

Coelioscopie:

- Montre la GEU sous la forme d'un renflement violacé allongé dans le sens de la trompe avec écoulement de sang brun par le pavillon et présence de sang noirâtre dans le Douglas.

Grossesse ectopique tubaire avec hématosalpinx occupant la portion moyenne de la trompe
- l'hématosalpinx s'est évacué partiellement lors de l'extraction -



aly-abbara.com

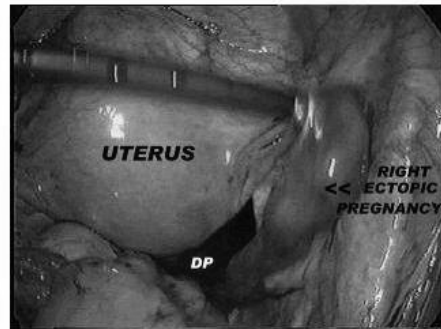
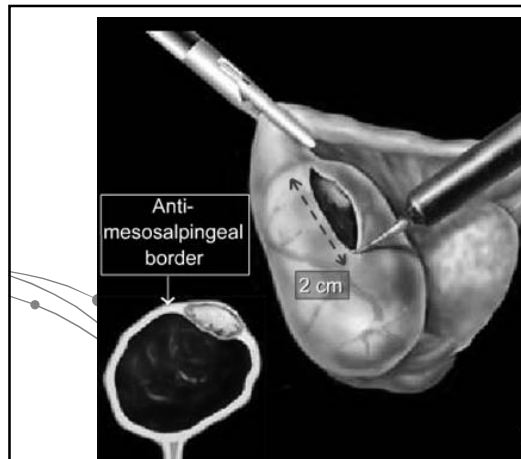


Figure 12:
Right Ectopic Pregnancy

Coelioscopie: ttt conservateur

- Expression tubaire simple
- ou
- Salpingotomie = Césarienne tubaire
 - => extraction de la GEU et des caillots + hémostase par électro-coagulation
 - => suture tubaire a priori délétère
- = serait préférable au ttt radical avec des chances de GIU > (59%vs24%) (attente étude DEMETER)
- = mais surveillance ↓ β indispensable



Coelioscopie: ttt radical :

- Salpingectomie après hémostase du méso par électro-coagulation sans garder un moignon trop important au niveau cornual
- = choisie en fonction:
 - Âge et désir de grossesse ultérieure
 - Importance des lésions tubaires
 - Possibilité d'hémostase
 - Possibilité de suivre la décroissance des β en ambulatoire
 - Score de Pouly et al

Prévenir la patiente en préopératoire du risque de salpingectomie +++

Score de pouly et al

Données	Score	Poids statistique
ATCD GEU	2	0,434
chaque GEU en +	1	0,261
Coelio pour adhésiolyse	1	0,258
ATCD de chir tubaire	2	0,351
Trompe unique	2	0,492
ATCD de salpingites	1	0,242
Adhérences homolatérales	1	0,207
Adhérences bilatérales	1	0,198

Score 0-3 = ttt conservateur, 4 = salpingectomie,
5 ou + = salpingectomie et stérilisation controlatérale

Laparotomie : indications

- Choc hémorragique
- GEU interstitielles ou hématocèles enkystées
- Femmes obèses ou au pelvis très adhérentiel chez lesquelles la coelio sera très difficile voire impossible

Pronostic :

- Récidive: 15 à 30% => écho précoce pour la grossesse suivante
- Stérilité: 30% dans l'année qui suit la GEU
= la prise en charge en AMP sera déterminée par l'état de la trompe controlatérale, l'existence de facteurs d'infertilité associés et l'âge de la femme

Conclusion:

- Cause la plus importante de décès maternels du T1
- FDR = stt infections génitales hautes
- Diagnostic / trépied clinique-biologie-échographie
- Pas de GIU écho avec $> 1\,500\text{ UI/l } \beta\text{-hCG}$
- pronostic par la récidence et l'infécondité

Conclusion:

- ttt le plus souvent coelioscopique, qu'il soit conservateur ou radical
- Ttt médical sous de nombreuses restrictions en utilisant du méthotrexate
- laparotomique = si urgence extrême
- Tjrs penser GEU jusqu'à preuve du contraire
- Penser aux anti D si femme RH nég



Bon week end!