

# GROSSESSE EXTRA UTERINE



**DR . MERABET**  
**Maitre assistant en**  
**Gynécologie Obstétrique**  
**CHU ORAN**

**Année universitaire : 2020/2021**

# ***-INTRODUCTION:***

## **1. Définition:**

Implantation et développement de l'œuf en **dehors** de la cavité utérine.

Le plus souvent au niveau de la trompes, exceptionnellement les ovaires, ou en un point quelconque de la cavité abdominale.

## **2. Intéret:**

❖ ***Fréquence*** : en augmentation, vu la recrudescence des salpingites, le recours à la chirurgie tubaire et la contraception par DIU et le tabagisme.

❖ *Gravité :*

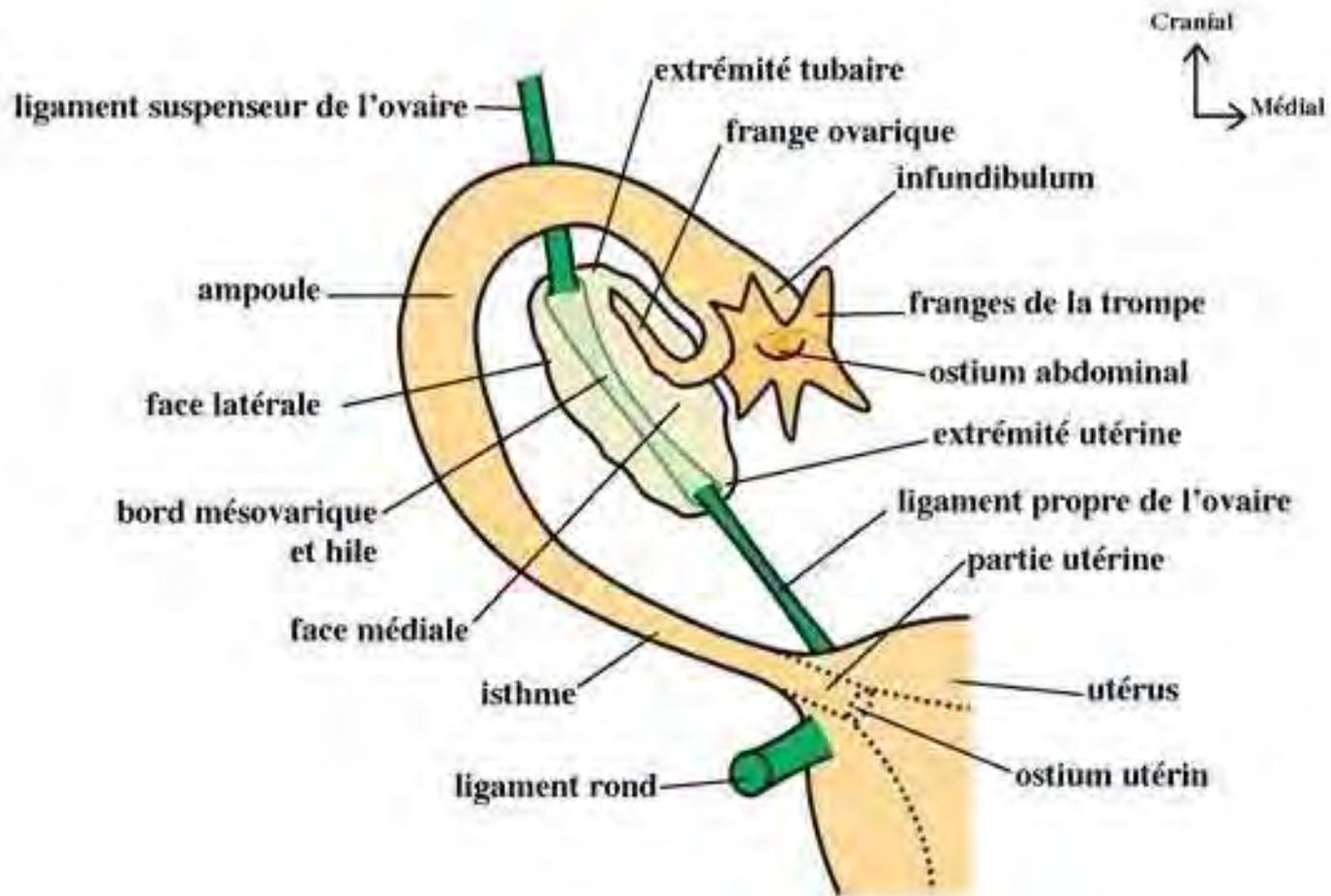
Première cause de **mortalité maternelle** au T1  
Compromet la fertilité des patientes.

❖ *Diagnostic :*

Souvent **difficile** , basé sur le couple B-HCG et  
écho endovaginale.

❖ *Traitement :*

Arsenal thérapeutique large : de l'abstention  
au traitement chirurgical radical en passant par  
le traitement médical.



**Ovaire et trompe utérine  
(vue ventrale)**

## **II. PHYSIOPATHOLOGIE:**

### **a. Rappel physiologique :**

#### ***Devenir normal de l'œuf fécondé:***

- **Fécondation au niveau du 1/3 externe de la trompe.**

**l'œuf fécondé arrive au niveau de l'utérus en 3 à 4j, la zone pellucide avasculaire empêche le contact direct avec la muqueuse tubaire**

**il reste libre dans la cavité utérine 2 à 3 jours.**

- **Au 6 jours post ovulatoire: disparition de la zone pellucide et implantation de l'œuf, quelque soit l'endroit où il se trouve.**
- **Au 10 jours post- ovulatoire : sécrétion d' HCG.**

## ***Condition du transport tubaire:***

- **Activité des cellules ciliées du pavillon rabattant l'œuf vers l'ostium.**
- **Liquide tubaire provenant de la transsudation vasculaire et des cellules épithéliales créant un contre courant gênant la progression de l'œuf.**
- **Activité musculaire de la trompe et du mésosalpinx avec :**
  - ❖ **Fibres longitudinales externes :** péristaltisme faisant progresser l'œuf vers l'isthme.
  - ❖ **Fibres circulaires internes:** isthmique, véritable constriction annulaire sous forme de sphincter.
  - ❖ **Fibres musculaires du mésosalpinx :** mouvements pendulaires.

## *Rôle du sphincter isthmique :*

### ❖ **En post ovulatoire immédiat :**

- **Augmentation des œstrogènes → augmentation teneur en PGF2 fermeture de l'isthme.**
- **Augmentation du flux tubaire.**
- **Diminution de l'activité des cellules ciliés.**

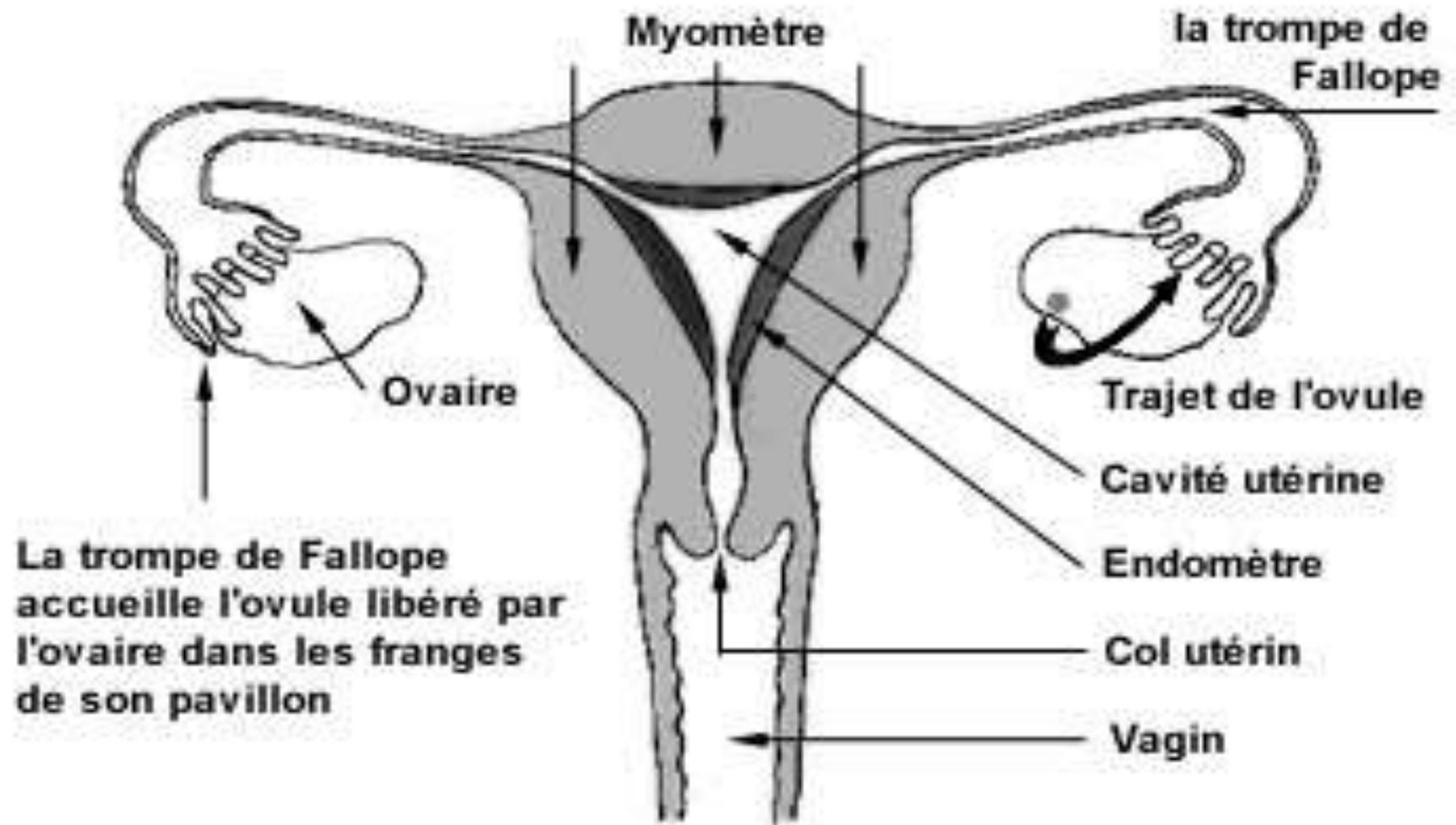
**l'œuf jeune séjourne 72h au niveau de la jonction ampullo – isthmique.**

### ❖ **A la fin de j3 post ovulatoire :**

- **l'œuf franchit l'isthme grâce à l'augmentation de la progestérone → augmentation de PGE → ouverture de l'isthme.**
- **Diminution du flux liquide.**
- **Augmentation de l'activité des cellules ciliées.**

# Utérus et Annexes

Vue schématique, Coupe longitudinale



## b. Etiopathogénie:

### b.1 :théorie étiopathogénique:

#### ***1.retard de captation ovulaire :***

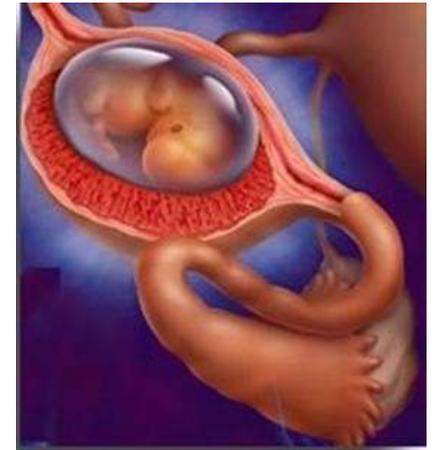
la fécondation s'effectue dans la cavité péritonéale → nidation avant l'arrivée dans la cavité utérine.

#### ***2.retard de transport de l'œuf:***

- Séquelle d'infection spécifique ou non spécifiques:
  - Limitation de mobilité tubaire par adhérence ou fibrose de paroi tubaire.
  - Déciliation de la muqueuse tubaire.
  - Synéchie intra tubaire.
- Autres lésions tubaires: diverticule congénital, crypte glandulaire d'endométriose, fibrome, kyste

### ***3.reflux tubaire:***

**« Théorie décrite en 63 »**



**Sous l'effet de perturbation hormonale, le blastocyste est renvoyé dans la trompe 6 à 7 j après l'ovulation à une date où le trophoblaste est un tissu particulièrement agressif : ce qui explique la GEU après FIV.**

## b.2. FDR et étiologies:

- Infection à chlamydia trachomatis responsable de séquelles inflammatoire.
- Tabagisme actif ou passif par diminution de l'activité contractile des trompes.
- Endométriose tubaire.
- Tuberculose génitale.
- Causes iatrogènes :
  - Chirurgie tubaire** : chirurgie conservatrice de GEU, chirurgie de la stérilité tubaire : anastomose TT sur trompe saine.
  - Contraception hormonale** : pilule micro dosée : action inhibitrice sur les contractions membranaire.

**-Pilule du lendemain** : teneur augmentée en œstrogène spasmolytique au niveau de l'isthme.

**-DIU** : x 10 le risque de GEU.

**-Inducteurs de l'ovulation et PMA** : perturbation hormonale( clomid) puis de reflux tubaire, la gravité de PMA réside dans le fait que 1% des grossesses obtenues sont hétérotopiques.

**-Exposition in utero au Distilbène.**

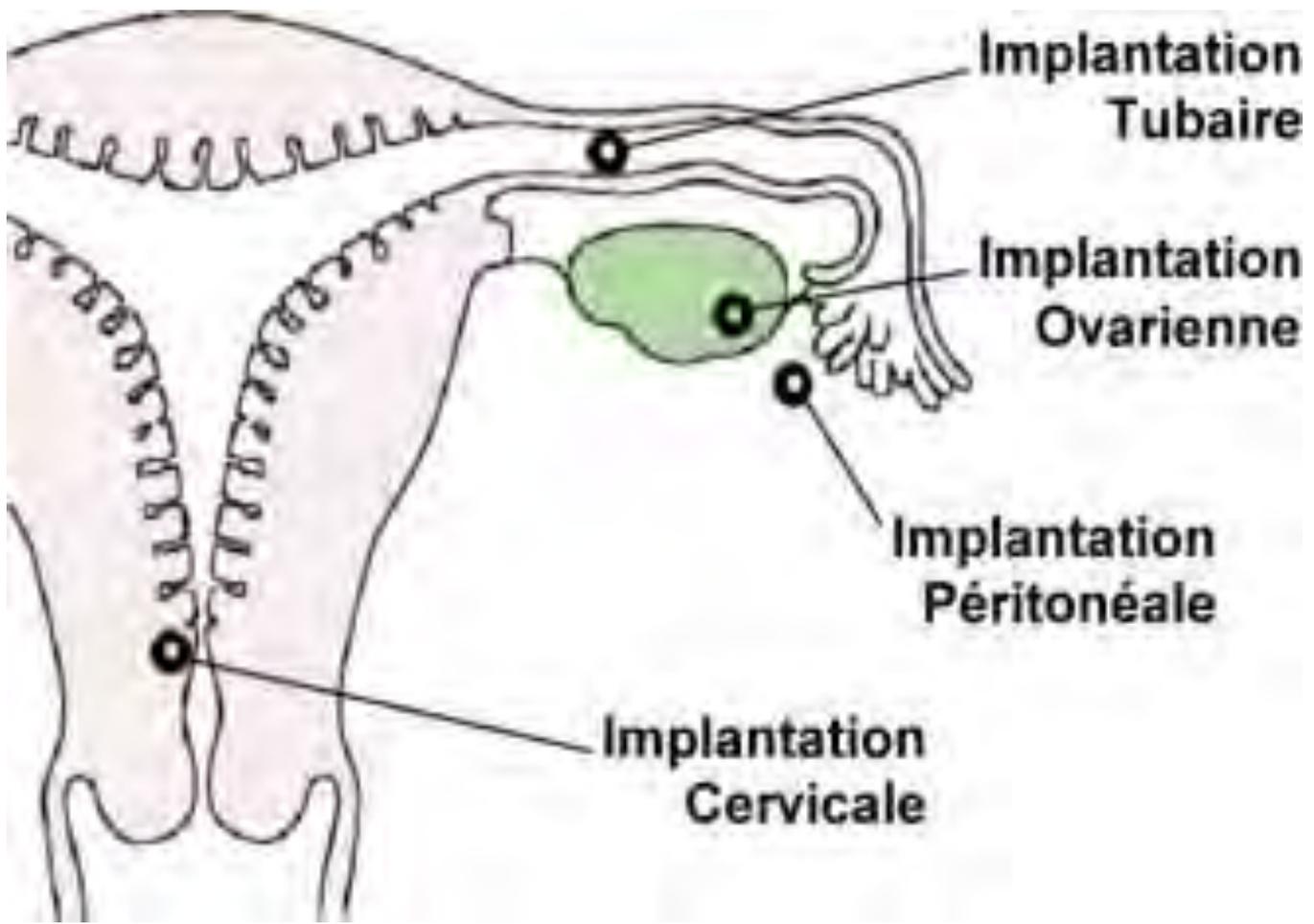


### **III. LOCALISATION :**

Dans la grande majorité des cas 98% sont tubaires :

- ❖ 75% **ampullaires**, cette portion élastique et large permet une évolution plus longue
- ❖ 2% sont **isthmiques** se révèlent plus précocement.
- ❖ rarement **interstielle** 1 à 2%.

Exceptionnellement la GEU est abdominale, ovarienne, d'évolution prolongée parfois jusqu'à terme.



## **IV. CLINIQUE:**

### **A. Forme typique GEU ampullaire jeune non rompue:**

#### **1. motif de consultation :**

- **Retard de règle.**
- **Métrorragies minimales distillantes sépia.**
- **Douleur pelvienne à type de pesanteur vers les OGE ; souvent unilatéral.**
- **Vertige, lipothymie ; parfois tendance syncopale.**
- **Métrorragie sans aménorrhée avec FDR , évoquer la GEU.**

**l'interrogatoire recherchera les FDR.**

#### **2. signes physiques :**

**signes généraux :** l'examen général (pouls, température, TA) est souvent normale.

## **Signes physiques :**

### ***Palpation :***

**Douleur provoquée au niveau de la FID ou hypogastre**

### ***Spéculum :***

**col violacé gravide, saignement endo utérin**

### ***TV combiné au PA :***

**Classiquement retrouve un utérus de taille plus petite que ne le voudrai l'aménorrhée , une masse latéro utérine sensible indépendante de l'utérus, mal limitée : **petite chose de mandor****

## **B. Formes trompeuses :**

### **1. Forme pseudo abortive :**

**Cette forme mime une fausse couche, avec métrorragies abondantes et coliques expulsives.**

**Diagnostic redressé à l' anapath.**

### **2. Forme pseudo-salpingitique :**

**Associe: douleurs pelviennes, hyperthermie ,  
masse latéro utérine fixée et douloureuse ,  
sans leucorrhée ni cervicite**

**Examen : FNS + hyperleucocytose**

## C. Formes cliniques :

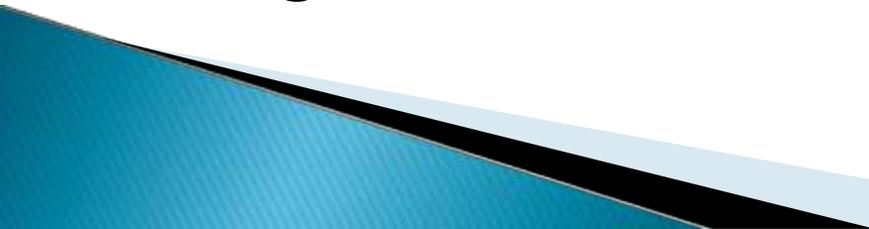
### 1. Formes compliquées :

#### ❖ *GEU rompues* :

**Etat de choc hémorragique avec inondation péritonéale.**

- **Signes généraux : pouls filant, tachycardie, TA imprenable, trouble de la conscience.**
- **Signes fonctionnel : douleur brutale, syncopale.**
- **Signes physique : syndrome péritonéal net avec abdomen hyper algique, défense, cri du douglas au TV.**
- **Culdocentèse : sang noir incoagulable.**

## ❖ **ABRT tubo abdominal :**

- ❑ **Signes fonctionnels : douleurs pelviennes, métrorragies, vertiges.**
  - ❑ **Signes d'anémie et signes de résorption sanguine ( sub ictère, fébricule).**
  - ❑ **Signes physique :masse latéro utérine importante, Cul de sac de douglas : sensible et empâté.**
  - ❑ **Coelioscopie : trompe volumineuse, violacée avec un pavillon qui accouche de caillots de sang.**
- 

## ❖ **Hématocèle : « GEU chronique » :**

- **Signes fonctionnels : douleur abdominale exacerbée à la marche, à la miction et à la défécation avec épreinte et ténesme.**
- **Signes physique :TV+PA : volumineuse masse à limite imprécise, sensible, de consistance variable comblant le douglas.**

**L'hématocèle semble survenir après une rupture tubaire à bas bruit ou un ABRT tubo abdominal.**

**NB :** dans un cas sur deux les BHCG sont négatifs.

## 2. Formes selon la localisation de la GEU :

- ❖ **Grossesse ovarienne : diagnostic difficile, le plus souvent anapath.**
  - ❖ **Grossesse isthmique : rupture précoce, cataclysmique.**
  - ❖ **Grossesse interstitiel : rupture tardive.**
  - ❖ **Grossesse infundibulaire : ABRT tuboabdominal.**
  - ❖ **Grossesse intra abdominale : douleur avec météorisme important , arrivée à terme : faux travail, svt mort fœtale.**
- l'évolution se fait soit vers les complications : occlusion, infections, soit lithopédion.**
- ❖ **Grossesse cervicale: rare; de mauvais pronostic.**

### 3. Autres formes:

**Forme hétérotopique** : rarement spontanées, +fréquentes si FIV, le traitement est compliqué par soucis de préserver la GLU.



**GEU après hystérectomie** : des les jours qui suivent mais aussi des années après hystérectomie.

**GEU bilatérale** : doit être évoquée si échec au traitement chirurgical

## **V. PARACLINIQUE :**

### **1. Dosage quantitatif de l' HCG :**

**Plus que le taux , c'est la cinétique des BHCG qui a un intérêt diagnostique.**

**Le temps de dédoublement des BHCG est de 48h dans la plus part des grossesses évolutives.**

**Le seuil de discrimination : grâce à l'écho endovaginale, le diagnostic de GEU est porté si une GIU n'est pas visible pour un taux de 1500UI**

**En dessous de ce seuil, il faut :**

- Une diminution de plus de 50% : fausse couche, répéter le taux de BHCG à j2 puis j4.**
- Augmentation de + de 50% : GIU possible.**
- Une augmentation ou diminution inférieur à 50% : GEU probable.**

***Valeur B HCG et risque de rupture tubaire : le risque n'est pas lié au taux de B HCG, il peut exister un taux de 10 à 190000 UI/L.***

## **2. Progéstéronemie :**

**Se distingue des BHCG par : relativement stable les 8 première semaine de grossesse, sa demi vie est courte ( 10 min).**

**Il est actuellement impossible de proposer un seuil qui mette la patiente à l'abris d'une erreur diagnostic.**

**Marque de vitalité ovulaire ( GEU si inférieur à 20 ng /ml).**

### 3.Écho endovaginale :

De première intention :

❖ **Signes directs :**



**Masse annexielle :** l'exploration doit commencer par le repérage des ovaires et du corps jaune.

**La GEU est situé dans 85% du côté du CJ.**

**Il peut s'agir d' :**

- **Un sac gestationnel avec embryon et AC + .**
- **Un sac vide d'écho entouré d'une paroi épaisse.**
- **Image arrondie ou ovalaire anéchogène entouré d'une couronne.**

- **Image anéchogène hétérogène peu spécifique mais très suspecte dans le contexte.**
  - **Hématosalpinx : image hétérogène situé dans l'axe de la trompe.**
  - **Hématocèle : image anéchogène , hétérogène complexe située dans le douglas.**
- 

## ❖ Signes indirects:

**Vacuité utérine** : un sac gestationnel intra utérin est normalement visible à la 5<sup>ème</sup> SA en endovaginale pour un seuil à 1500 UI/ml.

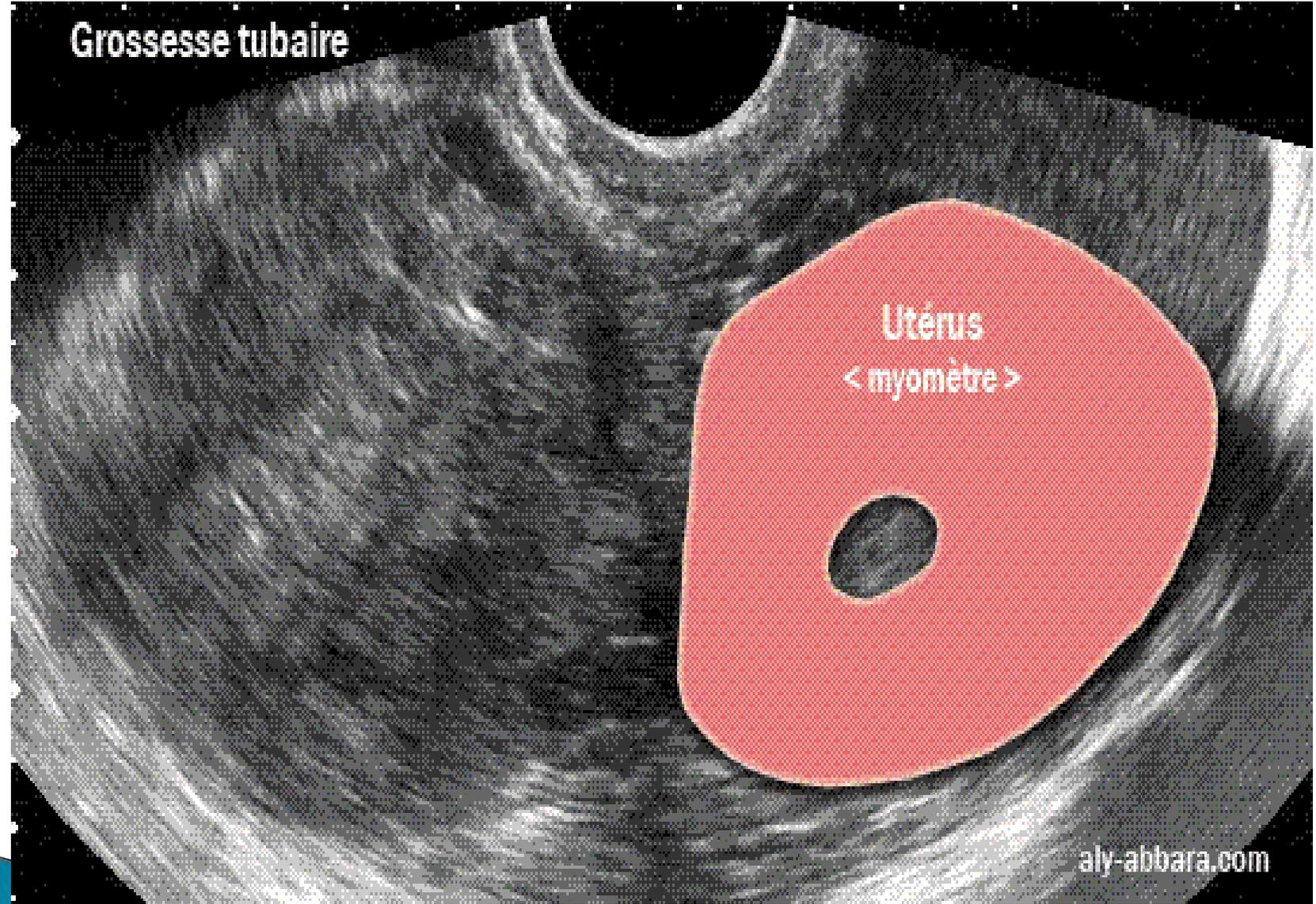
Cependant l'existence d'un SGIU expose à 2 pièges qu'il faut savoir éviter :

- *La grossesse hétérotopique.*
- *Le pseudo sac gestationnel* : image anéchogène de quelques mm, à limites peu nettes : c'est une décidualisation de l'endomètre et hémorragie focale. Il se présente comme une image médio-cavitaire sans couronne trophoblastique.

**Epanchement péritonéal** : image anéchogène de taille variable, le plus souvent limité au Douglas.

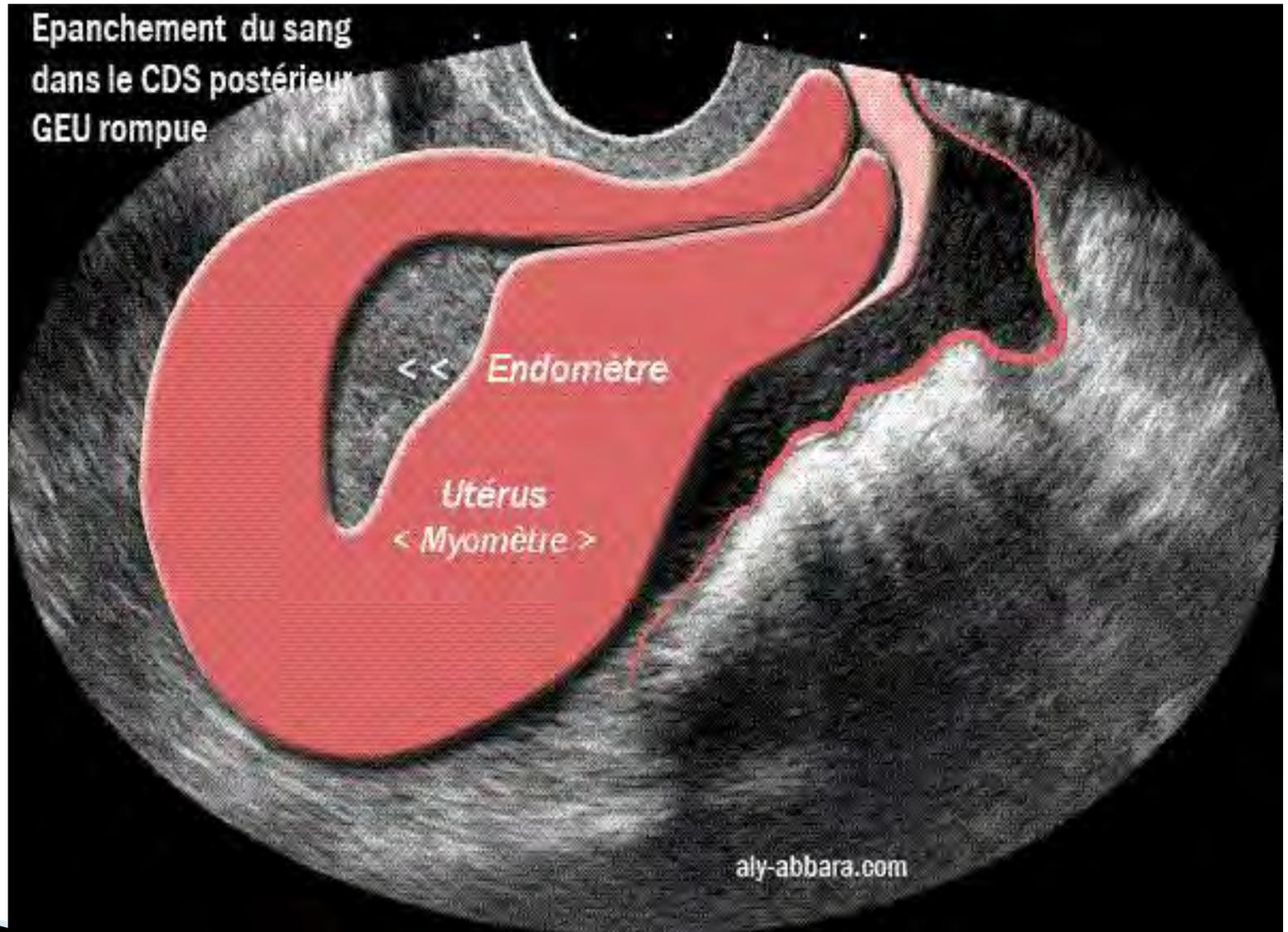
**Une écho normale** : ne permet pas d'exclure le diagnostic de GEU quand les BHCG sont positifs, faudra répéter les examens.

# Grossesse tubaire



Utérus  
<myomètre>

Epanchement du sang  
dans le CDS postérieur  
GEU rompue





## **4. Culdocentèse :**

**Autrefois pour le diagnostic de l'hémoprotéine, actuellement l'écho.**

## **5. IRM :**

**Semble être la seule technique qui permet de dater l'hématosalpinx.**

**Cependant les résultats obtenus à ce jour ne permettent pas de justifier son surcoût.**

## **6. Coelioscopie :**

**n'est plus indispensable pour le diagnostic, intérêt dans le traitement.**

## **7. Doppler :**

**Dans la GEU augmentation du flux tubaire.**

## **VI-TRAITEMENT :**

### **A. Objectifs :**

**Supprimer la GEU.**

**Réduire au max la morbidité thérapeutique.**

**Limiter les risque de récives.**

**Préserver la fertilité.**

### **B. Moyens :**

#### **1. *Abstention :***

**10 à 25% des GEU guérissent spontanément.**

**Évite la prise en charge erronée des formes présentant une fausse couche spontanée.**

## ***B.2.Traitement médical :***

### **❖ Méthotrexate :**

**Antagoniste de l'acide folique, inhibe la multiplication.**

➤ **Traitement par injection multiples : 1 mg/kg à j0 j2 j4 j6.**  
**Actuellement peu utilisé en raison de sa toxicité.**

➤ **Traitement par injection unique : 50mg/m<sup>2</sup> en IM à j1 avec dose de l' HCG à j4 et à j7 puis une fois par semaine jusqu'à négativation.**

**Échec définie si diminution des BHCG de 15 % à j7 par rapport à j4.**

**Une deuxième injection peut être alors réalisée.**

➤ **Traitement par injection in situ de MTX ; échoguidée de 100mg.**

**Bilan pré thérapeutique : FNS**

**Bilan hépatique : TGO TGP BRB phosphatase TP**

## ***Effets secondaires :***

### **➤ Accidents graves :**

- myelotoxicité.
- Hépatotoxicité.
- Fibrose secondaire.

### **➤ Accidents mineurs : conjonctivite, diarrhée, nausée, vomissements, cytolysse hépatique, cystite.**

### **❖ **Autres actuellement abandonnées :****

**injection in situ de PGF<sub>2</sub>, Chlorure de K<sup>+</sup>,  
Glucose hyper osmotique à 50% .**

## **B.3. Traitement chirurgicale :**

Comprend toujours deux temps : toilette péritonéale et exploration pelvienne.

❖ 2 modalités :

❖ **Laparotomie :**

-indiqué si :

État hémodynamique instable.

CI à la coelio (patiente multi opérée, risque de syndrome adhérentiel majeur, technique non maîtrisée par l'opérateur).

-Modalités:

□ conservateur : salpingotomie.

Expression tubaire.

Résection tubaire segmentaire.

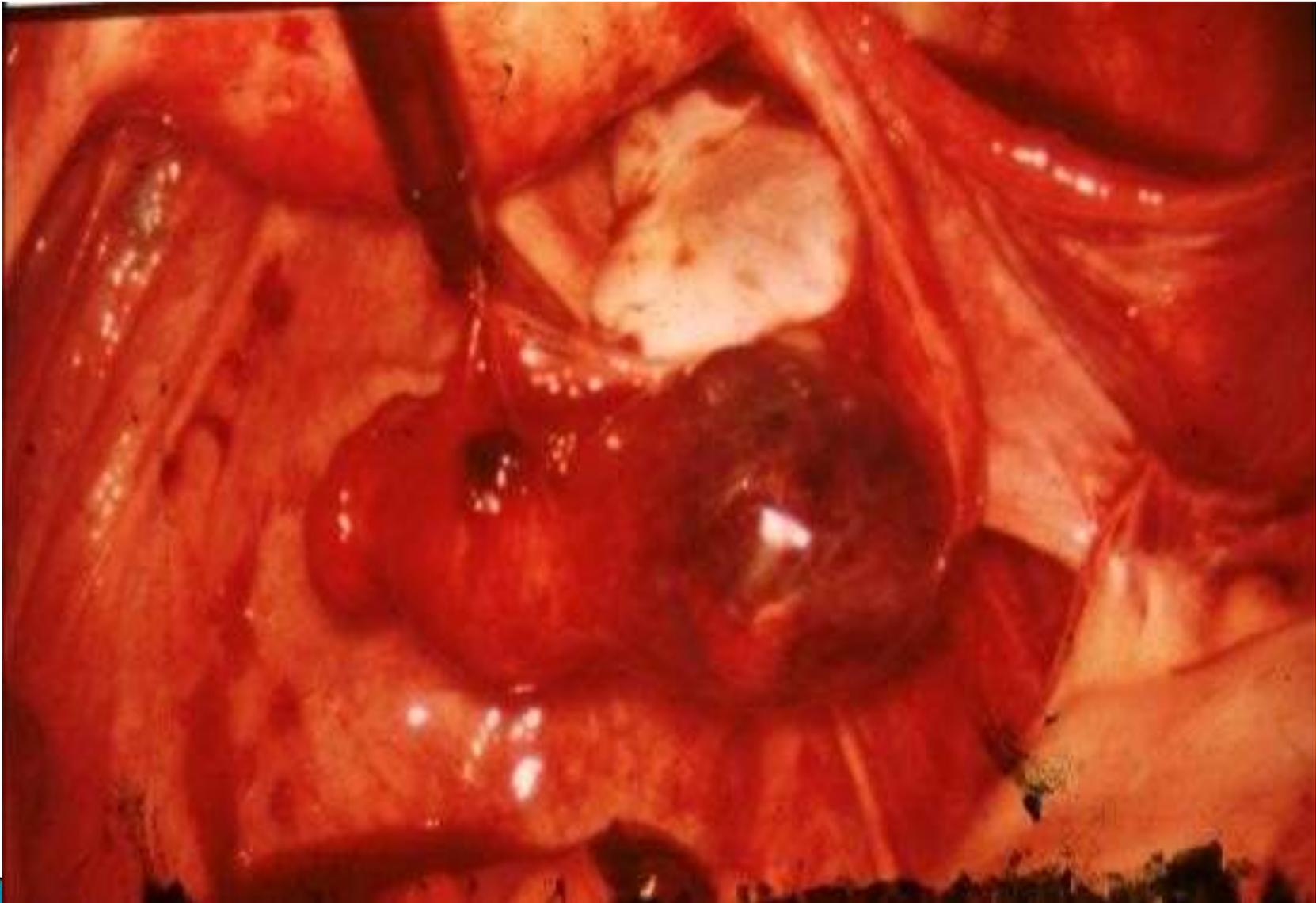
□ Radical :

Salpingectomie.

Annexectomie : si GEU ovarienne ; on favorise la résection partielle.

- ❖ **Cœlio chirurgie** : actuellement traitement de référence de la GEU: Deux modalités :
  - **Conservateur**: Salpingotomie réalisée à la mono polaire.
  - **Radicale** : Salpingectomie réalisée à la bipolaire.
- ❖ **Surveillance du traitement chirurgical** :
  - Traitement conservateur avec risque de persistance du trophoblaste :en Post op. : BHCG 48h après : si diminution 15% : arrêter la surveillance, si persistance : MTX.
  - Traitement radical : inutile sauf si greffe trophoblastique péritonéale observée, BHCG 15 J après intervention.





## C. INDICATIONS ET CONTRE INDICATIONS:

### □ **Abstention** :indication:

patiente pauci symptomatique.

Masse inférieur à 3 cm.

GEU non évolutive.

BHCG inf à 1000ui.

Décroissance spontanée des BHCG.

### □ **Traitement médical** :

#### Contre indications :

Absence de compliance au suivi.

État hémodynamique instable.

ATCD de GEU homolatéral.

Epenchement extra pelvien à l'écho.

CI au MTX : anomalie du bilan hépatique, du bilan rénal,  
thrombopénie inf à 100000, leucopénie inf à 2000, anémie

#### Indication du TRT médical :

GEU pauci symptomatique

GEU non visible à l'écho

GEU peu évolutive : AC négative, BHCG inf à 5000UI/l ;  
hémoperitoine inf à 100ml

Cas particulier : GEU sur trompe unique, GEU interstitielle

Score de Fernandez inf ou égale à 13

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>Terme en J</b>	<b>&gt; 49</b>	<b>≤49</b>	<b>≤42</b>
<b>B HCG</b>	<b>≤ 1000</b>	<b>≤5000</b>	<b>&gt;5000</b>
<b>progesteronemie</b>	<b>≤ 05</b>	<b>≤10</b>	<b>&gt;10</b>
<b>douleurs</b>	<b>00</b>	<b>Provoquée</b>	<b>spontanée</b>
<b>hematosalpinx</b>	<b>≤01</b>	<b>≤03</b>	<b>&gt;03</b>
<b>hémoperitoine</b>	<b>≤10</b>	<b>≤100</b>	<b>&gt;100</b>

## SCORE DE FERNANDEZ

## □ *Traitement chirurgical :*

### Indication :

Rupture tubaire

GEU active ( BHCG sup. à 10.000, AC positive)

GEU hétérotopique

Patiente non compliant

Récidive homolatérale de GEU

Si coelio diagnostic est nécessaire

### Indication de Salpingectomie :

Saignement incontrôlable

Récidive homolatérale de GEU

Femme ne désirant plus de grossesse

Hématosalpinx sup. à 6 cm

Trompe controlatérale saine

### Indication du traitement conservateur

Femme jeune nulligeste

Trompe gravide permettant une conservation

Le score de **BRUHAT** peut aider à choisir entre traitement radical et conservateur.

**Localisation:**

Pavillon 1

Ampoule 0

Isthme 1

**ATCD :**

Stérilité 2

GEU 2

Plastie tubaire 3

**Trompe uniques:**

Salpingectomie ant 2

Trompe controlatérale obstruée 2

GEU bilatérale récidivante 1

Rupture de la trompe 1

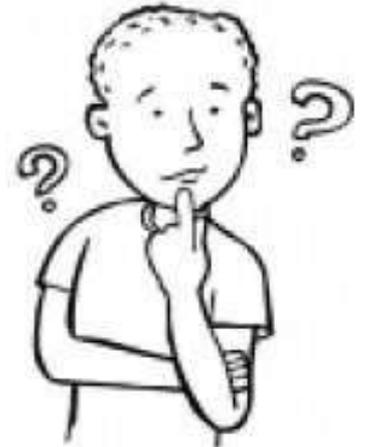
**Inférieur à 5 : traitement conservateur.**

**Supérieur à 5 : traitement radicale.**

## ***VII-PRONOSTIC:***

**La GEU est une cause de morbidité maternelle.**

**La récurrence est fréquente avec 30% de stérilité.**



## *VIII- CONCLUSION:*

- La GEU est de plus en plus fréquente, toujours grave.
- Première cause de mortalité maternelle au T.
- Gênant la fertilité des parents.
- Son diagnostic repose sur le couple BHCG écho endovaginale.
- Sa prise en charge est bien codifiée elle fait appel à un large arsenal thérapeutique.
- Actuellement son traitement chirurgical est coelioscopique sauf CI.