

LA GROSSESSE EXTRA UTERINE (GEU)

Objectifs

- Définir la grossesse extra utérine
- Enumérer trois (3) signes fonctionnels et trois (3) signes physiques de la GEU au début
- Enumérer trois diagnostics différentiels de la GEU
- Citer 3 diagnostics différentiels de la grossesse extra utérine
- Citer 3 examens complémentaires dans le diagnostic de la grossesse non rompue
- Citer deux méthodes de traitement de la GEU

PLAN

1. GENERALITES
 - 1.1 Définition
 - 1.2 Intérêt
 - 1.3 Rappel
 - 1.4 Epidémiologie
 - 1.5 Etiopathogénie
 - 1.6 Anatomiepathologie
2. SIGNES
 - 2.1 Signes Cliniques
 - 2.2 Signes Para cliniques
3. DIAGNOSTIC
 - 3.1 Selon le siège
 - 3.2 Selon les formes associées
 - 3.3 Selon les formes compliquées
 - 3.4 Diagnostic différentiel
4. TRAITEMENT
 - 4.1 Curatif
 - 4.2 Préventif

CONCLUSION

1. GENERALITES

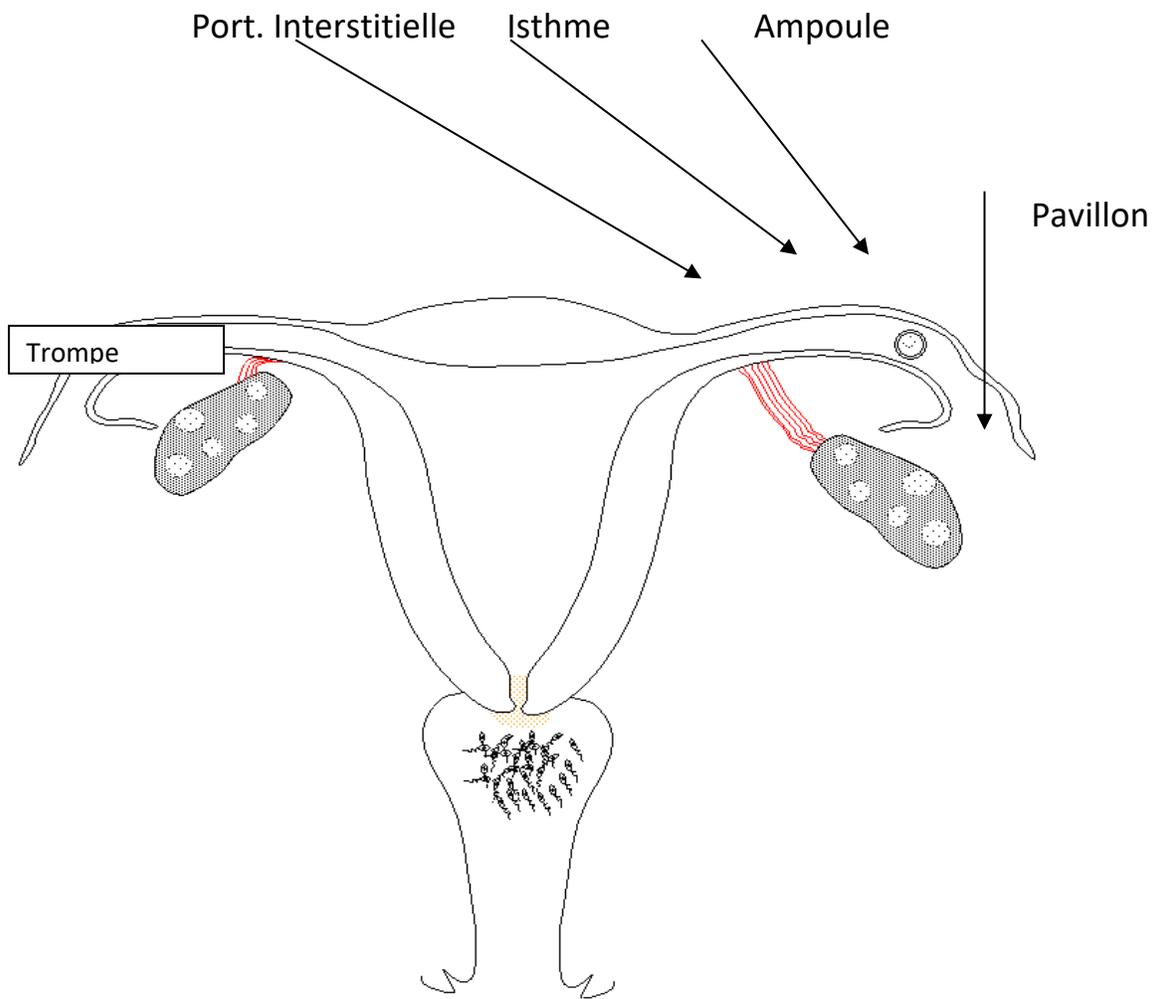
1.1 **Définition** : on appelle grossesse extra utérine (GEU) la nidation et le développement de l'œuf en dehors de la cavité utérine. Elle est encore appelée **grossesse ectopique**

1.2 Intérêt :

- Elle est fréquente notamment avec la propagation des **IST**
- Son diagnostic est difficile,
- Elle est grave : en effet, elle est la 1^{er} cause de décès au 1^{er} trimestre de la grossesse.
- C'est une urgence médico-chirurgicale

1.3 Rappel anatomique de la trompe utérine :

- Définition : les trompes de Fallope sont deux conduits creux, étendus de l'ovaire à l'utérus.
- Description : La trompe est divisée en quatre segments qui sont à partir de l'utérus :
 - la partie interstitielle
 - la partie isthmique
 - la partie ampullaire
 - le pavillon
- Structure : la trompe est formée de trois tuniques qui sont : la séreuse, la musculuse, la muqueuse
- Rôle : c'est le lieu de la fécondation



1.4Epidémiologie

utérus

Ovaire

- Incidence :
 - actuellement elle est de 2 cas /100 naissances en Europe
 - au Mali : 3,5%
- Facteurs de risque : ce sont
 - la salpingite : c'est la cause la plus fréquente de la GEU
 - les antécédents d'infection génitale : IST notamment à *Chlamydiae trachomatis*
 - les antécédents de chirurgie tubaire
 - tabagisme : 2^e facteur de risque avec une relation dose-effet ; expliquant 30% des GEU
 - les antécédents de GEU
 - antécédents d'infertilité
 - antécédent d'avortement provoqué

1.5 Etiopathogénie :

- l'œuf issu de la fécondation de l'ovocyte par le spermatozoïde au niveau de la portion distale de la trompe (1/3 externe), migre normalement jusque dans la cavité utérine où il s'implante aux alentours du 5^e jour au stade de blastocyste. La GEU est le résultat d'une anomalie de migration de cet œuf qui s'implante alors le plus souvent au niveau de la trompe.
- les hypothèses concernant cette étiopathogénie sont :
 - soit un retard de migration de l'œuf au niveau de la trompe, source de GEU tubaire
 - soit une anomalie de la captation de l'ovocyte par la trompe à l'origine de GEU abdominales ou ovariennes.

1.6 Anatomie pathologie :

Localisation tubaire: (98%)

- GEU ampullaire
- GEU isthmique
- GEU infundibulaire
- GEU interstitielle

Localisation extra tubaire :

- GEU ovarienne
- GEU au niveau du col utérin
- GEU abdominale

2. SIGNES

2.1 Type de description (GEU à son debut)

2.1.1 Signes Cliniques

- **Signes fonctionnels** : souvent constitués par
 - Le retard des règles ou aménorrhée
 - Les métrorragies : irrégulière, brunes ou sépia ; peu abondantes, récidivantes faites de sang rouge.
 - Les douleurs abdomino pelviennes : généralement unilatéralisées, à type de colique ou de douleurs scapulaires rarement retrouvées à ce stade, d'intensité variable.
- **Signes physiques**
 - douleurs provoquées à la pression au niveau de la fosse iliaque ou sensibilité hypogastrique ou une défense pelvienne.
 - saignement d'origine endo utérine à l'examen au spéculum, le col violacé(rare), absence de gliare.
 - La taille de l'utérus est normale ou elle est inférieure à l'âge de la grossesse. L'utérus est douloureux à la mobilisation. Il existe une masse latéro-utérine douloureuse.
- Signes généraux : ce sont les syncopes, les lipothymies et parfois une fébricule. La tension artérielle, le pouls et l'état général sont normaux.

2.1.2 Signes Para cliniques

- βHCG : il est positif et peut être réalisé à partir des urines ou du sang
- Echographie pelvienne: qui permettra de localiser et éventuellement de déterminer la vitalité de l'œuf
- Coelioscopie : qui permet de visualiser et d'explorer les organes pelviens et de mettre en évidence la GEU
- histologie de la pièce opératoire : qui confirme la GEU, renseigne sur la cause (salpingite) ou la qualité de l'œuf.

2.2. Formes cliniques de la grossesse extra utérine : elles sont nombreuses.

2.2.1 Formes hémorragiques avec inondation péritonéale : elles réalisent un tableau d'hémorragie interne. Ses signes sont :

- douleurs syncopales
- signes généraux de choc hémorragique qui sont : pâleur, nez pincé, tension artérielle basse, pouls filant, imprenable, extrémités froides, sueurs, conscience altérée, soif.
- Signes locaux d'hémopéritoine : abdomen sensible, météorisé, douleurs scapulaires (++++), cris de Douglas au TV.

C'est une extrême urgence. La malade est groupée, elle est perfusée et opérée d'urgence.

2.2.2 Autres formes cliniques :

- Forme évoquant un avortement tubo-abdominal
- L'hématocèle enkystée.

3 **DIAGNOSTIC**

3.2 ***Selon le siège :***

- la grossesse interstitielle qui va entraîner des complications, par son étroitesse et la présence de gros vaisseaux. C'est la forme la plus mortelle en cas de rupture.
- la Grossesse isthmique va entraîner une symptomatologie plus tardive que dans les formes interstitielles. Les accidents hémorragiques apparaissent après la rupture de la paroi tubaire et peut être d'abondance variable.
- La forme ampullaire : elle est la plus fréquente.

- La forme ovarienne qui va entraîner une forme abdominale pouvant évoluer jusqu'à terme et donner des syndromes occlusifs, des accidents hémorragiques mortels notamment au cours de la prise en charge opératoire.
- la grossesse cervicale : entraîne un saignement plus ou moins abondant par le canal cervical.

3.3 *Selon les formes associées*

- Grossesse hétérotopique (grossesse intra utérine associée à une grossesse extra utérine). Son diagnostic est difficile
- Grossesse extra utérine sur dispositif intra utérin (DIU)
- Grossesse extra utérine sur fibrome utérin : la taille de l'utérus est généralement augmentée.

3.4 *Selon les formes compliquées*

- Rupture cataclysmique : réalise un tableau de choc hémorragique.

Les signes fonctionnels sont : la soif, l'agitation, une syncope ou une lipothymie évoluant dans un contexte de retard des règles et de saignement génital.

Les signes généraux sont: baisse de la tension artérielle, accélération du pouls, pâleur des conjonctives.

Les signes physiques sont : augmentation du volume de l'abdomen, douleur à la palpation. Le cri de l'ombilic est positif. L'examen au spéculum confirme l'origine endo utérine du saignement.

Le TV est difficile car douloureux, le cri du Douglas est positif.

L'échographie met en évidence un épanchement liquidien dans la cavité. Elle impose une laparotomie sans délai.

- Complications sub aigues : c'est l'hématocèle retro utérine. Elle est caractérisée par un retard des règles, une anémie, une masse pelvienne parfois douloureuse refoulant l'utérus.

3.5 Diagnostic différentiel : il se fera avec

- La rupture de kyste de l'ovaire : douleur du côté du kyste ovarien, irritation diffuse, épanchement dans le cul de sac de Douglas.
Les β HCG sont négatifs
- L'avortement : métrorragie de sang rouge accompagnée de douleurs pelviennes à type de colique expulsive. L'échographie objective un sac gestationnel en cours d'expulsion, des débris intra-utérins et caillots hétérogènes. La diminution rapide des β HCG est notée.
- L'appendicite aiguë : on note une douleur pelvienne au niveau du point de Mc Burney, une constipation, vomissement. Il n'y a pas d'aménorrhée ni de métrorragie. La NFS montre une hyperleucocytose, la C réactive protéine est élevée et l'échographie montre des images en faveur de l'appendicite.

4 TRAITEMENT

4.2 Curatif

- But : retirer la grossesse extra utérine, améliorer le pronostic vital et préserver la fécondité
- Moyens : médicaux, chirurgicaux
- Méthodes
 - Des moyens médicaux : anti anémique, antalgiques, transfusion sanguine
 - Des moyens chirurgicaux : salpingectomie, salpingotomie (pouvant se faire par laparotomie ou par coeliochirurgie)
- Indications
 - Traitement chirurgical : concerne les GEU rompues, les formes sub aiguës
 - le traitement médical repose sur la transfusion en cas d'hémorragie interne, l'administration de fer, et d'antalgique...
 - Dans tous les cas

- Prendre une voie veineuse sûre
- Faire un remplissage vasculaire avec des macromolécules et du sérum salé
- Faire le Groupe et Rhésus et le taux d'hémoglobine en urgence
- Transfuser si état de choc ou si taux d'hémoglobine est $< 7\text{g/dl}$
- Informer les anesthésistes, l'aide de bloc, les manœuvres....
- Faire la laparotomie et envoyer la pièce opératoire à l'anatomopathologie
- Surveiller TA, Pouls, conscience et diurèse dans le post opératoire

4.3 **Préventif** : repose sur la lutte contre les facteurs de risque notamment les IST

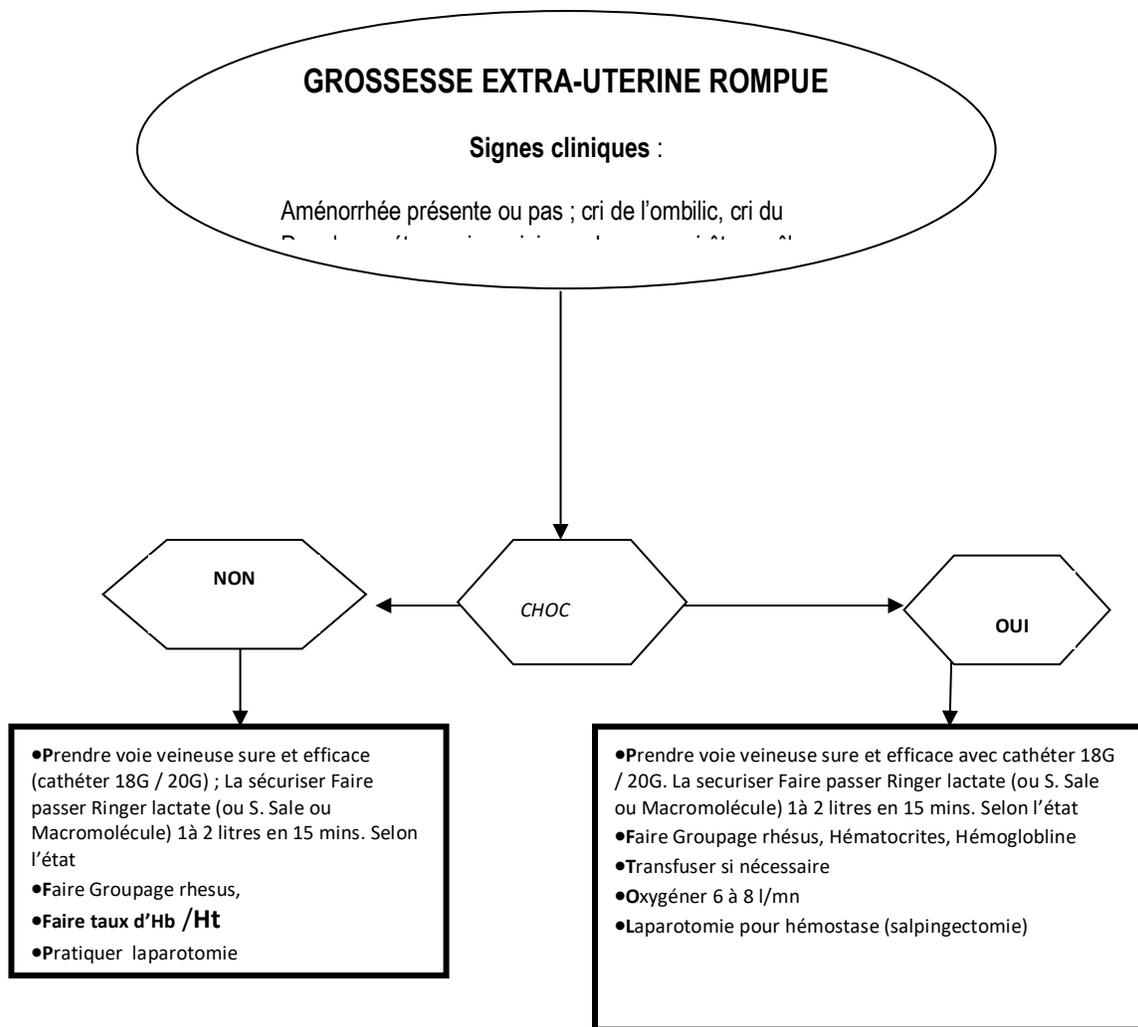


Figure 3 : Algorithme de prise en charge de la grossesse extra utérine

Conclusion : la GEU est une affection grave, cause d'hémorragie du trimestre. C'est une urgence médico-chirurgicale ; son diagnostic est difficile. Son pronostic dépend de la précocité du diagnostic et de la prise en charge.