

Une femme de 33 ans, II pare II geste, consulte pour des douleurs pelviennes prédominant à droite, évoluant depuis quelques jours et s'accompagnant de nausées.

Elle a des cycles menstruels réguliers de 30j mais depuis 6 mois elle porte un stérilet PROGESTASERT®.

Elle signale un retard de règles de 17 jours.

L'examen clinique note:

-TA 105/60mmHg, T°37.5°C

- abdomen souple avec une fosse iliaque droite sensible

-le TV déclenche une douleur localisée en haut et à droite, l'utérus est globuleux, le col est fermé, aucune masse pelvienne n'est perçue

- l'examen au spéculum montre un saignement noirâtre d'origine utérine, peu abondant; le fil du stérilet est visible; pas de signe d'infection

1. Quel diagnostic évoquez-vous? Sur quels arguments



GEU droite

• TERRAIN: port d'un stérilet

• SF: aménorrhée secondaire et douleurs pelviennes latéralisées à droite

• EXAMEN CLINIQUE: hypoTA, FID et CDS vaginal droit douloureux, utérus globuleux, saignement endo-utérin, absence de signe d'infection, apyrexie.

2. Vous prescrivez un dosage des β -HCG qui sont à 4000UI/L.
Comment interprétez-vous ce résultat



- Test de grossesse positif:

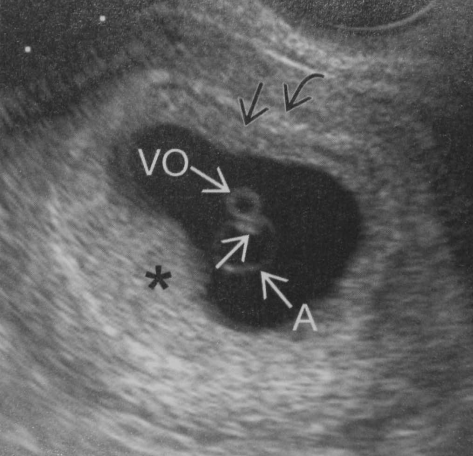
l'élévation de la gonadotrophine chorionique humaine (β -HCG) signe la présence de tissu trophoblastique donc d'une grossesse en cours.

3. Quel examen prescrivez-vous pour conforter votre suspicion diagnostique? Qu'en attendez-vous



- Echographie pelvienne

par voie sus-pubienne ou transpariétale (vessie pleine) et endovaginale (vessie vide)



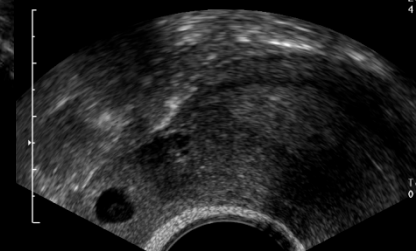
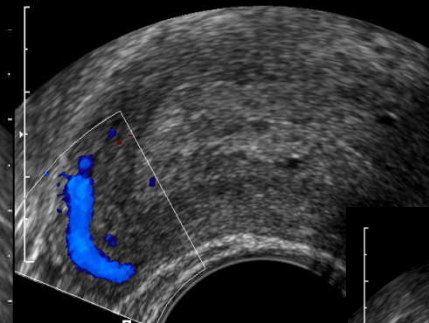
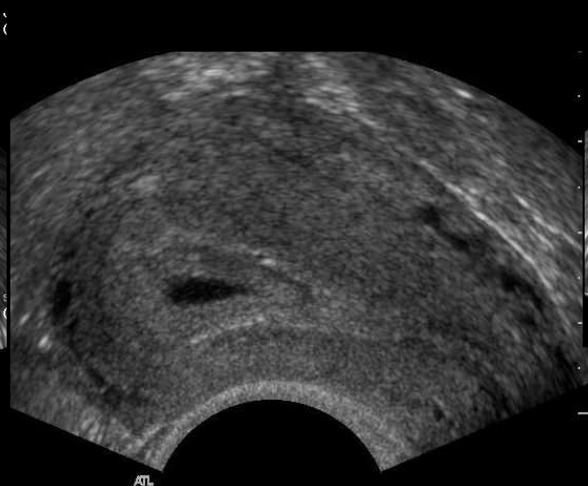
SIGNES INDIRECTS

Signes utérins variables :

-Utérus vide (endomètre fin)

-Réaction déciduale (endomètre épais) avec ou sans kystes

-**Pseudo-sac gestationnel**: liquide endométrial en larme n'ayant pas l'aspect normal de double du sac déciduale



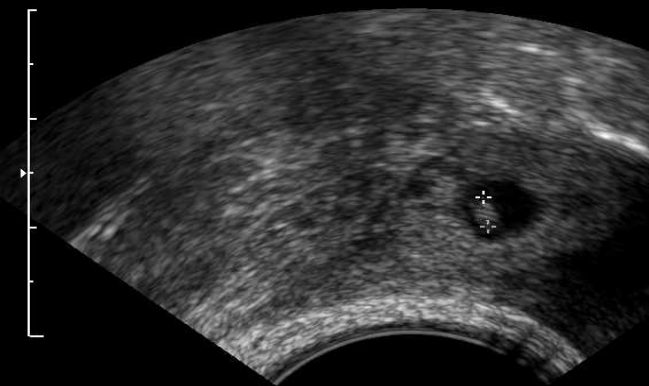


SIGNES DIRECTS

Signes annexiels variables :

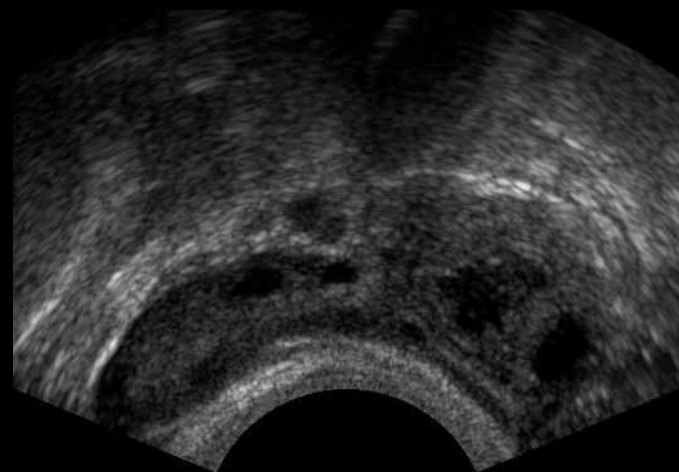
- Masse annexielle habituellement hétérogène correspondant à une hémorragie
- Sac gestationnel: anneau échogène +/- anatomie interne càd vésicule ombilicale, embryon vivant.
- Le doppler couleur montre alors le "cercle de feu" caractéristique des GEU.

L'ectopie se localise généralement **du même côté que l'ovaire portant le corps jaune** qui peut avoir un aspect d'anneau échogène, kystique ou solide. Il ne faut donc pas prendre à tort le corps jaune pour une GEU.



= 2.7mm

S

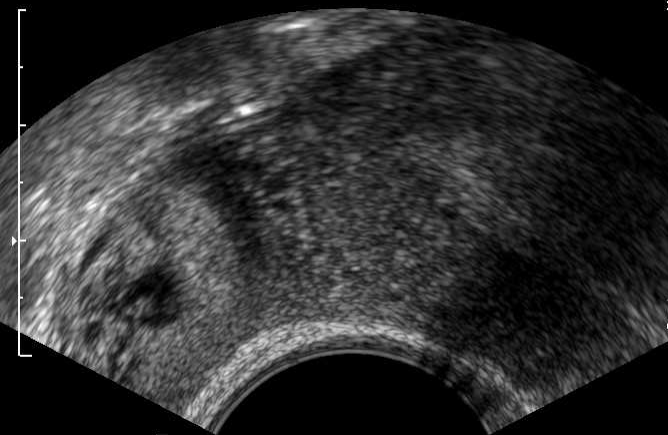


ATL

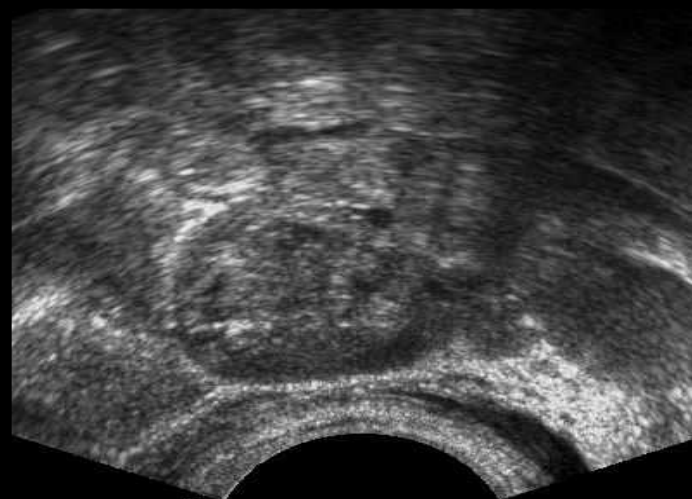


T
0

S



S

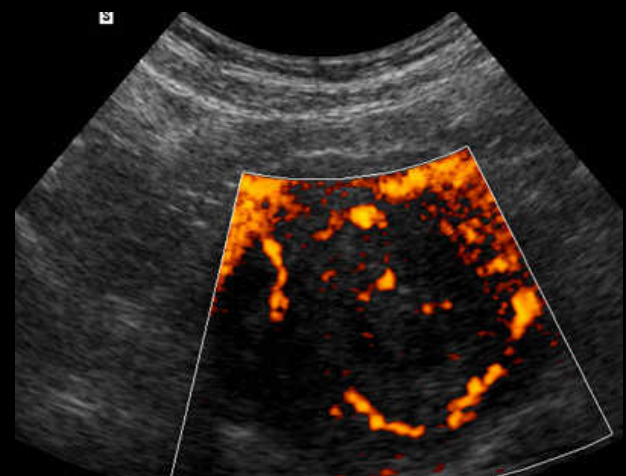
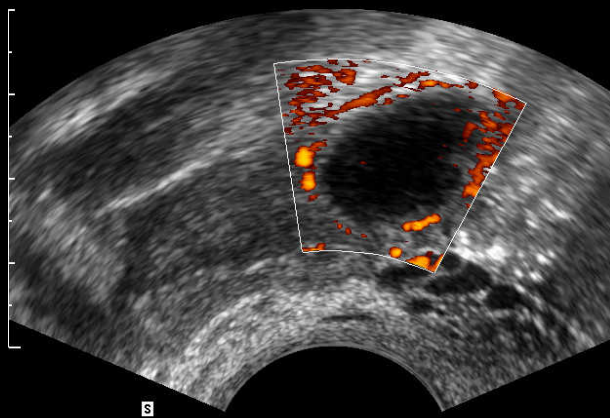
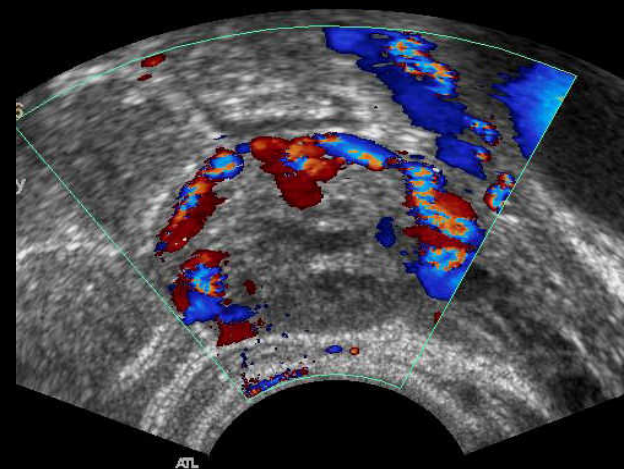
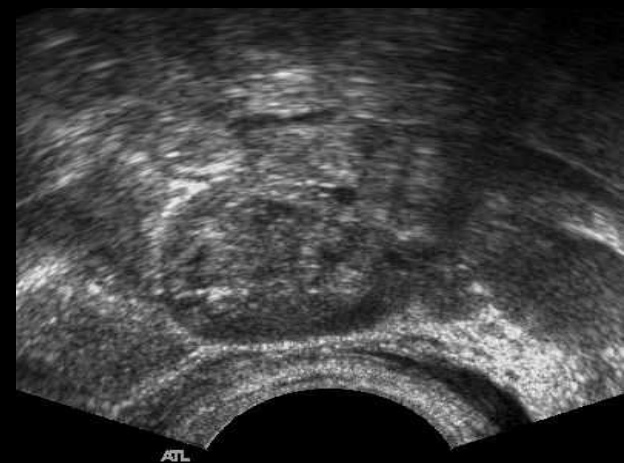


ATL

GEU

Corps jaune

Myome sous-séreux



AUTRE SIGNE

Liquide péritonéal pelvien

-Il correspond à du sang

-Il faut donc rechercher des échos dans le liquide du CDS de Douglas

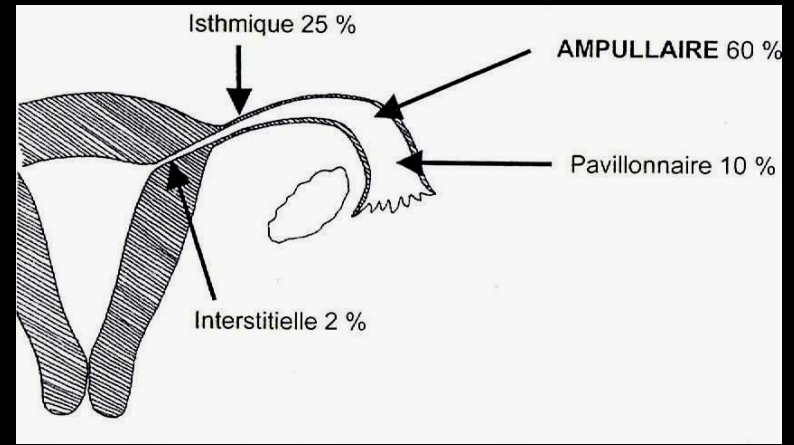
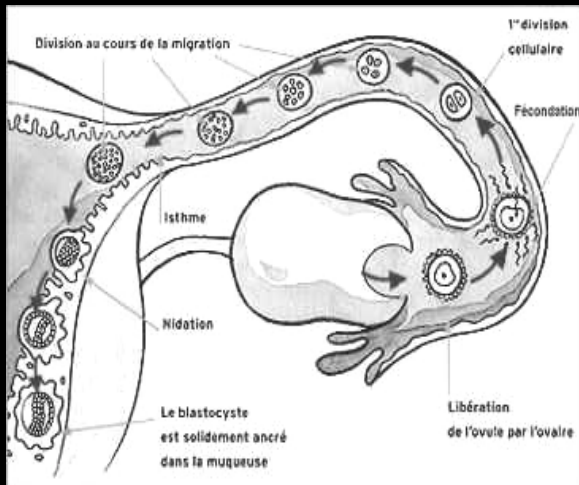
-L' échographie transpariétale doit rechercher du liquide dans la poche de Morison, l'espace spléno-rénal et dans les gouttières pariéto-coliques.

Une échographie normale n'élimine pas le diagnostic



GEU avec corps jaune kystique et épanchement intra-péritonéal





POINTS CLES

Synonyme: grossesse ectopique

Définition: grossesse survenant en dehors de l'utérus et le + souvent (98% des cas) dans la trompe de Fallope (grossesse tubaire)

Imagerie: pas de GIU+masse annexielle+sang dans le pelvis. L'échographie endovaginale est presque toujours nécessaire au diagnostic.

Principale cause de décès maternel au 1er trimestre (10%).

Plus fréquent chez les femmes ayant des antécédents de lésion tubaire: stérilité, GEU antérieure, salpingite

RECOMMANDATIONS POUR L'IMAGERIE

Toujours effectuer une **échographie transabdominale et transvaginale**

Corréler l'échographie aux concentrations sériques maternelles de la gonadotrophine chorionique humaine (HCG) et de progestérone

HCG

- GIU normale visible si $HCG > 1000$
- Si $HCG > 1000$ sans GIU visible:
 - soit GEU
 - Soit avortement spontané (AS)
- Si HCG faibles avec signes de GEU: GEU
- Si $HCG < 1000$ sans GIU et sans GEU:
 - soit GIU, soit GEU, soit ASrépéter le dosage des HCG

PROGESTERONE

- **$< 5ng/mL$** : grossesse non viable dans 100% des cas (GEU ou AS)
- **$> 25ng/mL$** élimine une GEU avec une sensibilité de 97.5%

4. Cet examen fournit de forts arguments de présomption en faveur de votre diagnostic.

Quel examen faites-vous alors? Qu'en attendez-vous



- Hospitalisation en urgence

Avec pose d'une VAV

Restauration volémique si nécessaire

Consultation anesthésique en urgence au bloc opératoire

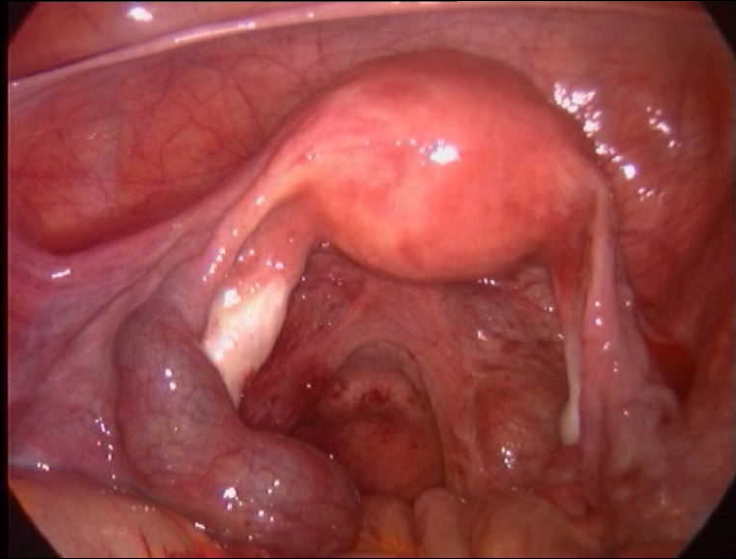
- Coelioscopie diagnostique et thérapeutique en urgence hors CI

Après avoir prévenu la patiente du risque de laparotomie et de salpingectomie

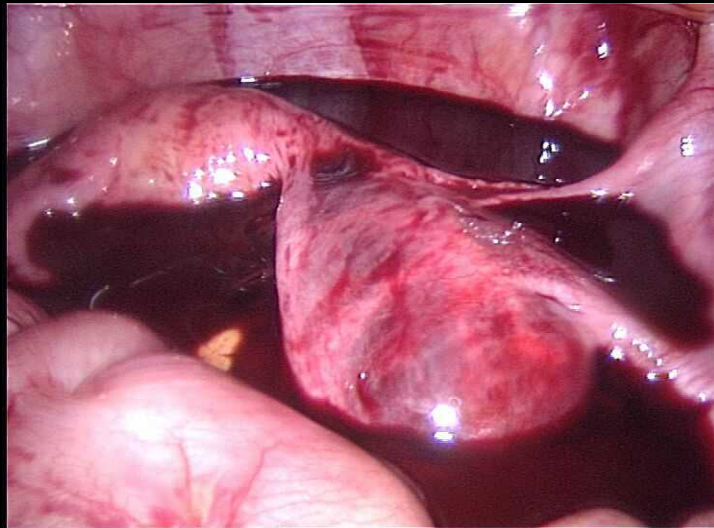
RECHERCHER

- La GEU et sa localisation
- Un épanchement dans le cul de sac de Douglas
- Une masse annexielle unilatérale
- Une forme de vitalité du sac gestationnel
- Une étiologie: malformation anatomique, adhérences, séquelles de salpingite

GEU non rompue



GEU rompue



5. Cet examen confirme votre diagnostic. Quel traitement proposez-vous ?

- Coelioscopie thérapeutique d'urgence dans le même temps

- Si la trompe est en bon état:

Traitement conservateur par **salpingotomie** avec ablation/
aspiration du sac gestationnel

- Si traitement conservateur impossible:

Salpingectomie

- Anatomopathologie de la pièce opératoire

- Toilette péritonéale si épanchement hémorragique du CDS de Douglas

- Eventuellement geste sur le pseudo-sac gestationnel intra-utérin: curetage utérin

- Gammaglobuline anti-d IV si Rh-
- Traitement étiologique
- CO par oestroprogestatifs normodosés
(les microprogestatifs sont 1 FDR de GEU)

6. Après votre traitement, quel examen vous permet d'affirmer l'absence de rétention trophoblastique



•BIOLOGIE

Décroissance des β -HCG plasmatiques

Diminution de 50% à 48 heures

Contrôle 2 fois par semaine jusqu'à négativité.

Traitement médical

- **Méthotrexate**: cytostatique antifolinique, inhibant la synthèse des acides nucléiques
 - ↳ Lyse du tissu trophoblastique
 - ↳ Injection IM ou in situ
- Indications limitées:
 - Hémodynamique et hémocrite stables càd GEU non rompue
 - GEU peu évolutive
 - GEU < 4cm
 - Localisation ovarienne ou interstitielle
 - Adhérences pelviennes importantes, patiente multi opérée
 - Contre-indication à l'anesthésie générale
 - Pour certains, en complément de la chirurgie conservatrice
- Bilan pré thérapeutique (NFS, iono, bilan hépatique et rénal)
- Surveillance du taux de β HCG jusqu'à négativation

Méthotrexate

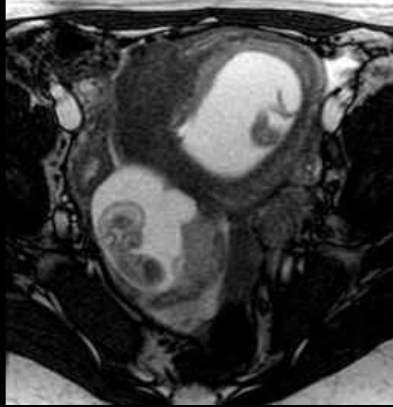
- Avantages:
 - Permet un traitement conservateur et évite une intervention chirurgicale
- Inconvénients:
 - Taux d'échec: 10-20%
 - Surveillance étroite
 - Nécessite une bonne compréhension de la patiente
 - Effets indésirables: troubles digestifs, hématologiques, cytolyse hépatique, alopecie

7. Quels sont les facteurs de risque de GEU

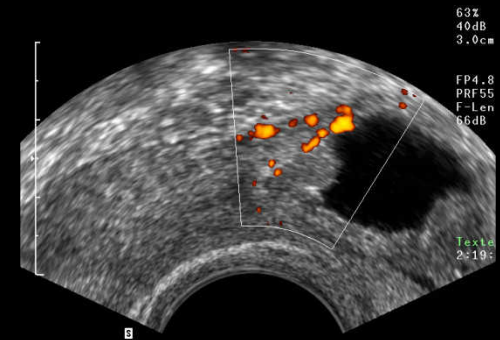
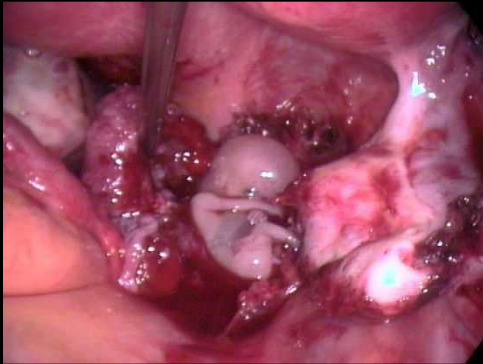


- Atcdt de GEU
- Atcdt de salpingite
- Atcdt d'IVG, de FC = curetage
- Chirurgie abdomino-pelvienne: adhérences pelviennes
- Fécondation in vitro
- Port d'un DIU
- Prise de microprogestatifs
- Endométriose tubaire
- Tabac

8. Quelles sont les variétés anatomiques de GEU



- Tubaires (isthme ou ampoule) dans 98% des cas
- Interstitielles (cornes) dans 2 à 4%
- Cervicales dans 1%
- Ovariennes dans 1%
- Abdominales (très rares)
- Cicatricielles (césarienne)



Aspect classique de l'imagerie:

Pas de GIU + sac gestationnel visible en localisation inhabituelle

Souvent + volumineuses et se présentant + tardivement que les grossesses tubaires

5.0

100
22d
5.0

THI

Tex
0:0

Tex
0:0

S

S

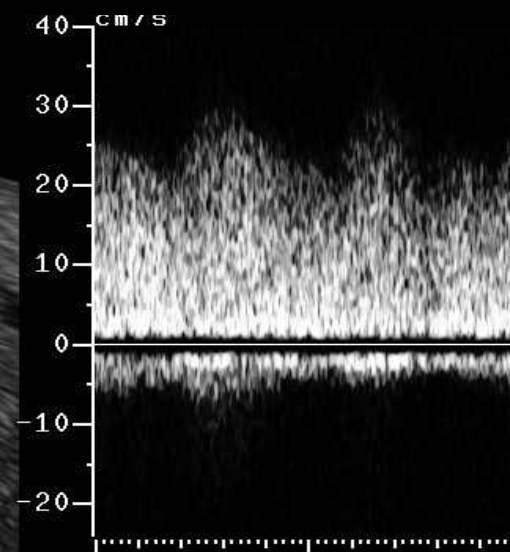
GEU cornuale droite

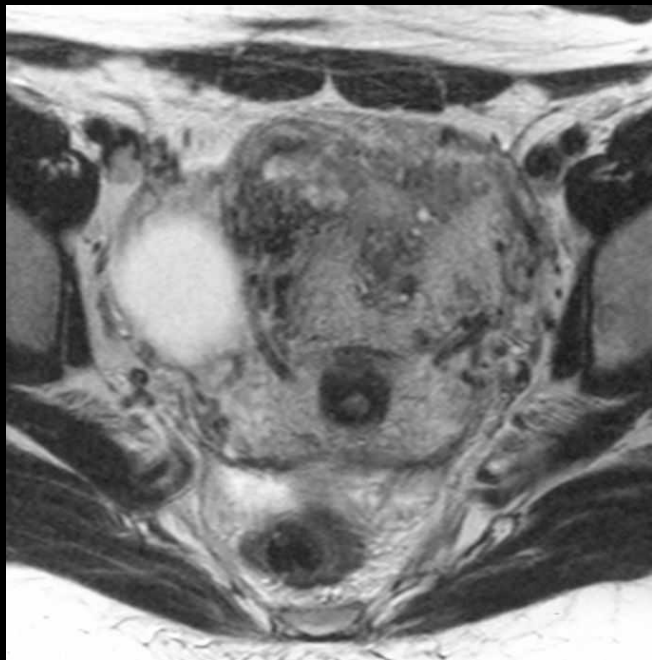
00

40 cm/s

S

S





CONCLUSION

Chez toute femme en âge de procréer:

métrorragies et/ou douleurs pelviennes

=

GEU jusqu' à preuve du contraire

Tableau clinique

- 2 tableaux: GEU non rompue/ GEU rompue
- GEU non rompue: triade clinique
 - Retard de règles $\pm$ signes sympathiques de grossesse
 - Douleurs latéralisées du côté de la GEU
 - Métrorragies peu abondantes, brun sépia
- Si GEU rompue: Urgence vitale
 - État de choc hémorragique: TA basse et pincée, pouls filant, extrémités froides, oligurie
 - Malaise
 - Douleurs brutales et intenses