

♀ 28 ans , Infirmière SAU, Douleurs abdominales diffuses depuis 36 heures

GB = 17000/mm³, CRP = 13

échographie : épanchement péritonéal abondant

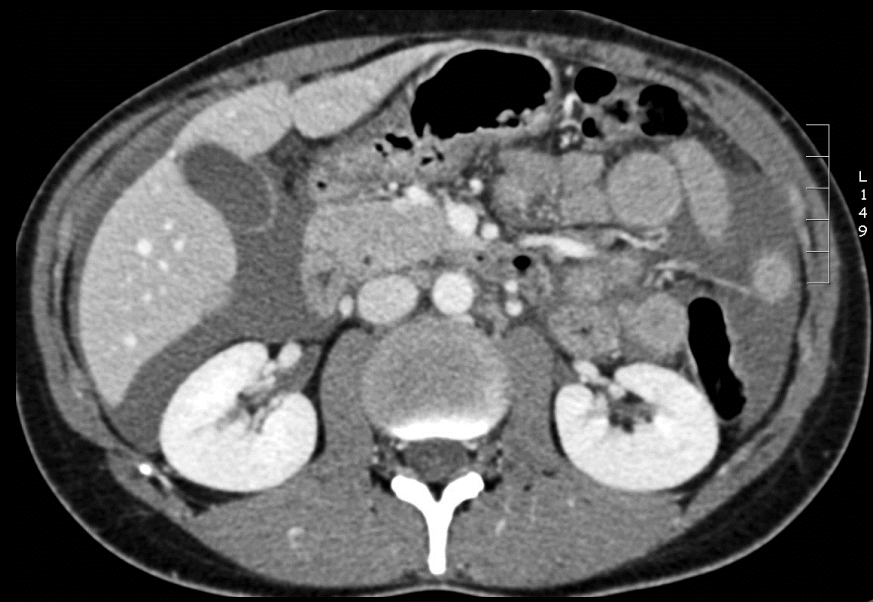
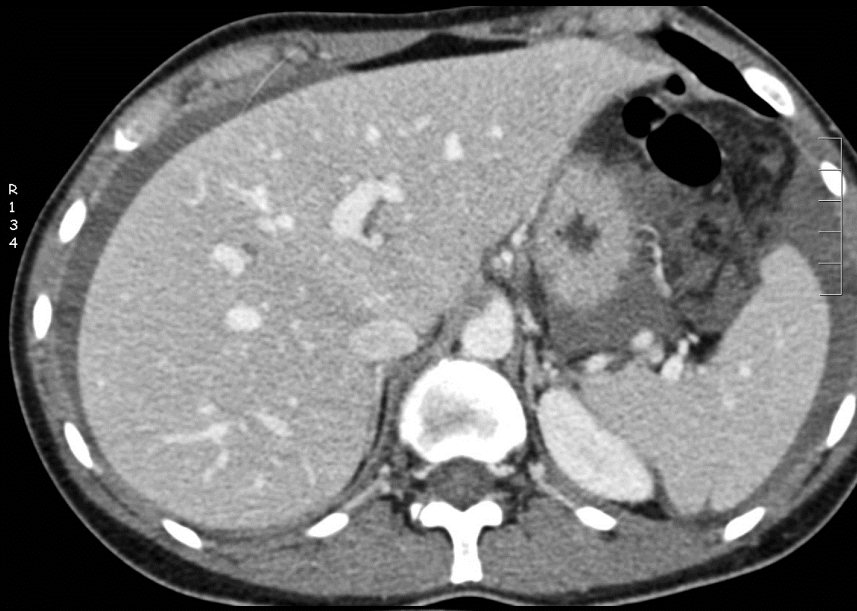
quel renseignement précieux pour le diagnostic peut-on découvrir sur la coupe scanographique ?



Alexandre Oliver CCA

on peut affirmer un **hémopéritoine** (volumes hyperdenses et sédimentation (hématocrite scanographique) et une **anémie aiguë** (vaisseaux intrahépatiques spontanément visibles)





sur les coupes injectées on objective un DIU et une **infiltration**
hématurique de l'annexe gauche

sur les coupes injectées on objective un DIU et une infiltration

hématique de l'annexe gauche

le dosage des béta HCG n'avait pas été jugé utile initialement

en raison de la présence du DIU.....ce raisonnement surprenant

émanait d'une infirmière travaillant dans un service d'accueil des

urgences depuis plusieurs années ; l'entourage médical dont les

radiologues s'étant laissé convaincre....

Grossesse extra-utérine et DIU

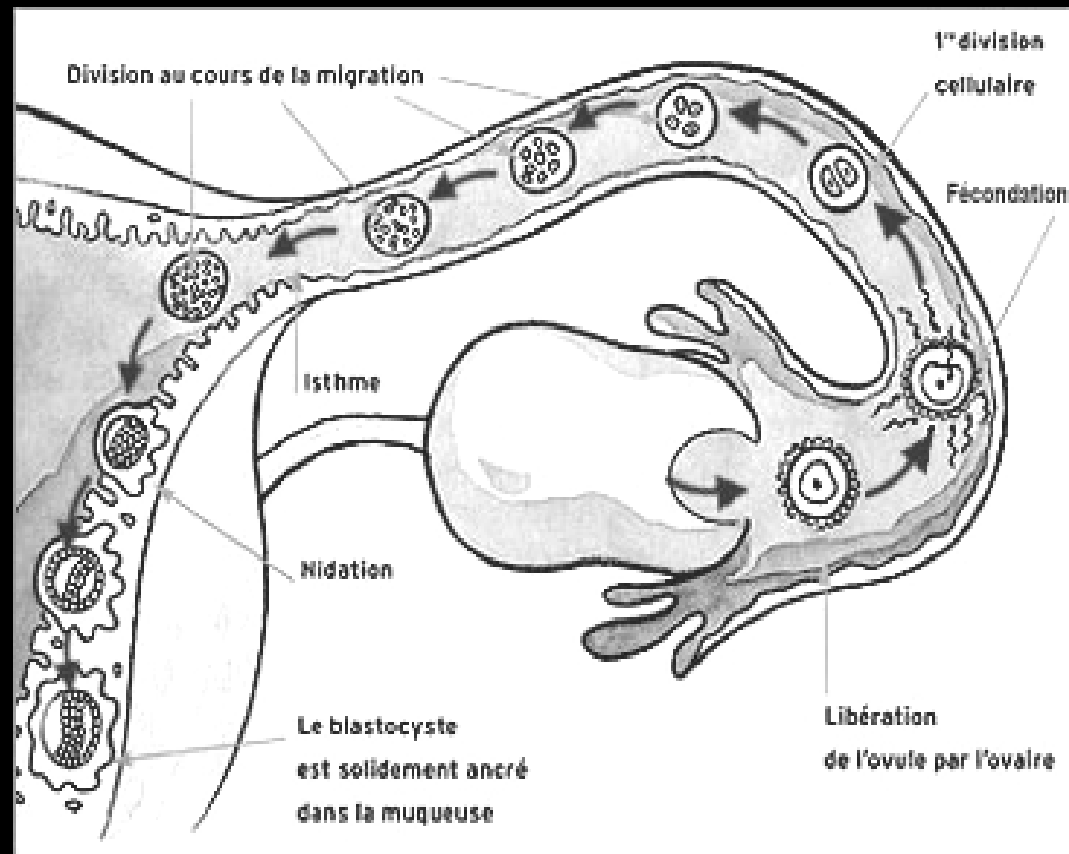
grossesses extra-utérines

- Implantation et développement d'une grossesse en dehors de la cavité utérine
- Incidence: 1 à 3% des grossesses
14 000 GEU par an en France
- Mise en jeu du pronostic vital
- **urgence thérapeutique**

Physiologie

- Fécondation dans l'ampoule de l'une des deux trompes
- Migration de l'œuf fécondé jusqu'à la cavité utérine
- Nidation à J7
- Tout facteur perturbant la motilité tubaire favorise la GEU

migration, fécondation et nidation de l'ovule



Facteurs de risque de GEU

- Salpingite +++ (Chlamydia)
- Tabac (role néfaste de la nicotine sur la fonction du tapis ciliaire des trompes)
- Atcd de GEU (15% de récurrences)
- Plastie, lésion ou malformation tubaire
- Chirurgie abdomino-pelvienne
- Endométriose tubaire
- FIV
- Utérus Distilbène®
- Compression extrinsèque de la trompe
- Progestatifs microdosés

Facteurs de risque de GEU

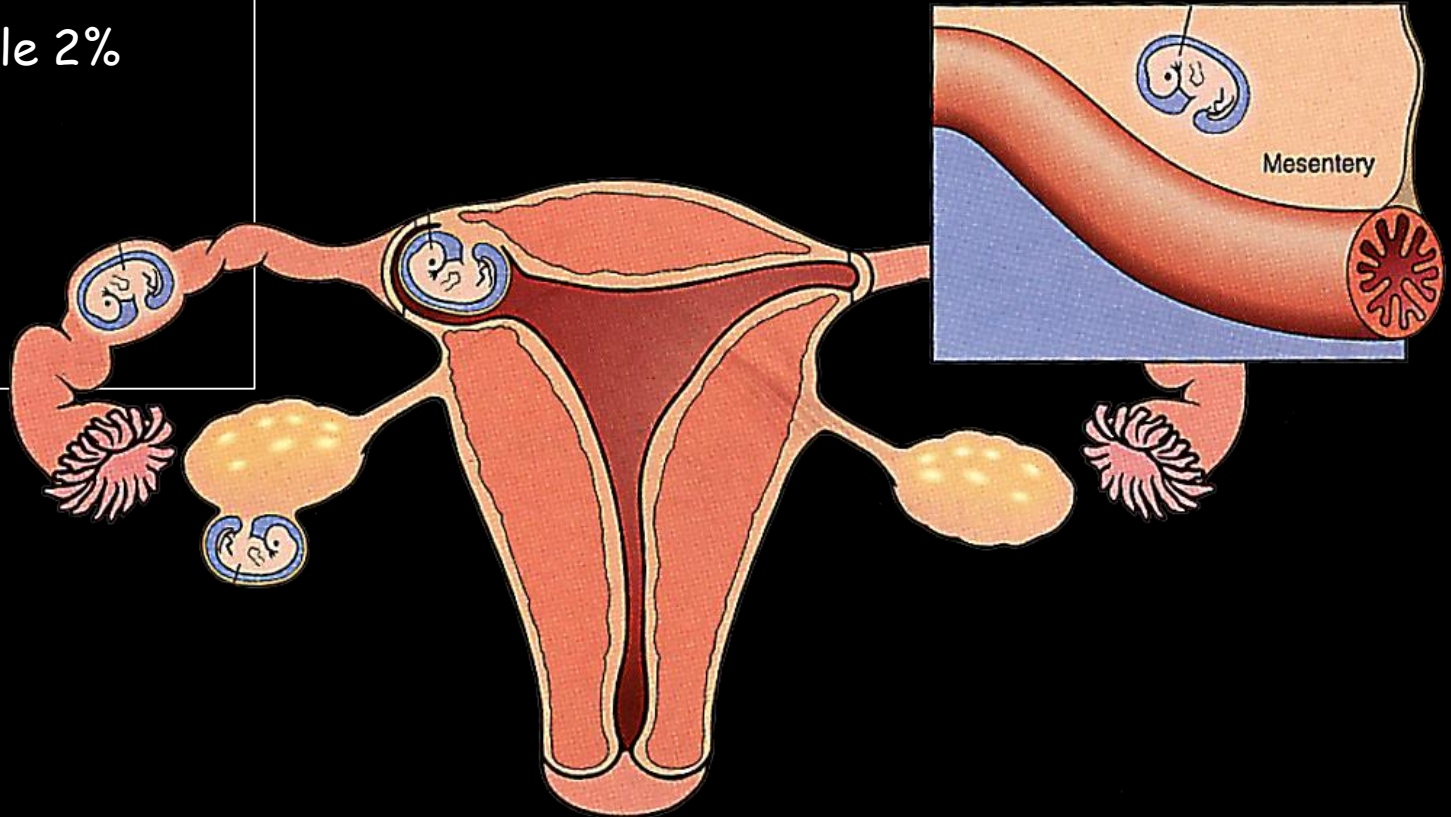
Stérilet (?) 0,2 à 2 GEU sur DIU pour 100 grossesses /an (3 en cas de DIU déplacé ou expulsé), à comparer à 3 pour 100 grossesses sous CO parfaitement utilisée et 8 en cas d'oubli de prise.

Si une femme porteuse d'un DIU est enceinte, le **pourcentage** de GEU est plus élevé en proportion (10 %) que chez les femmes enceintes sans contraception (2 %) mais le nombre réel de GEU est beaucoup plus faible.

Le vieil adage "**toute grossesse sur DIU est une GEU jusqu'à preuve du contraire**" conserve sa valeur sur la plan de la prudence

Localisations des GEU

- Ampullaire 60%
- Isthmique 25%
- Pavillonnaire 10%
- Interstitielle 2%
- Ovarienne
- Abdominale



Diagnostic positif

- Repose sur un trépied:
 - Tableau clinique
 - Échographie pelvienne
 - **Dosage des β HCG** ($\pm$ progestéronémie)

Tableau clinique

- 2 tableaux: GEU non rompue/ GEU rompue
- GEU non rompue: triade clinique
 - Retard de règles ± 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

Chez toute femme en âge de procréer:

métrorragies et/ou douleurs pelviennes

=

GEU jusqu'à preuve du contraire

GEU non rompue

- Palpation abdominale
 - Douleurs provoquées, signes d'irritation péritonéale
- Examen au spéculum
 - Confirme l'origine endo-utérine des saignements
- Toucher vaginal
 - Douleur, masse latéro-utérine (un "je ne sais quoi !!!)
 - Empâtement du cul de sac de Douglas

Examens complémentaires

Deux examens indispensables au diagnostic:

1-Dosage quantitatif du taux sanguin de β HCG

Confirme l'existence d'une grossesse

Seul examen pouvant éliminer le diagnostic s'il est négatif

2-Échographie pelvienne par voie abdominale puis endovaginale

Confirme le diagnostic et précise la localisation de la GEU

Signes directs: image annexielle ou latéro-utérine (sac gestationnel, hématosalpinx)

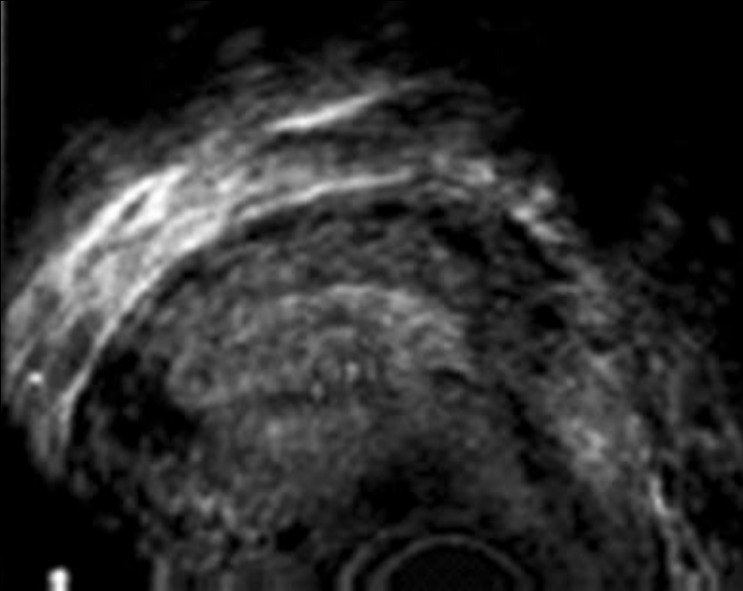
Signes indirects: vacuité utérine, épanchement du cul de sac de

Douglas, endomètre épais, gravide

⇒ Penser GEU si :

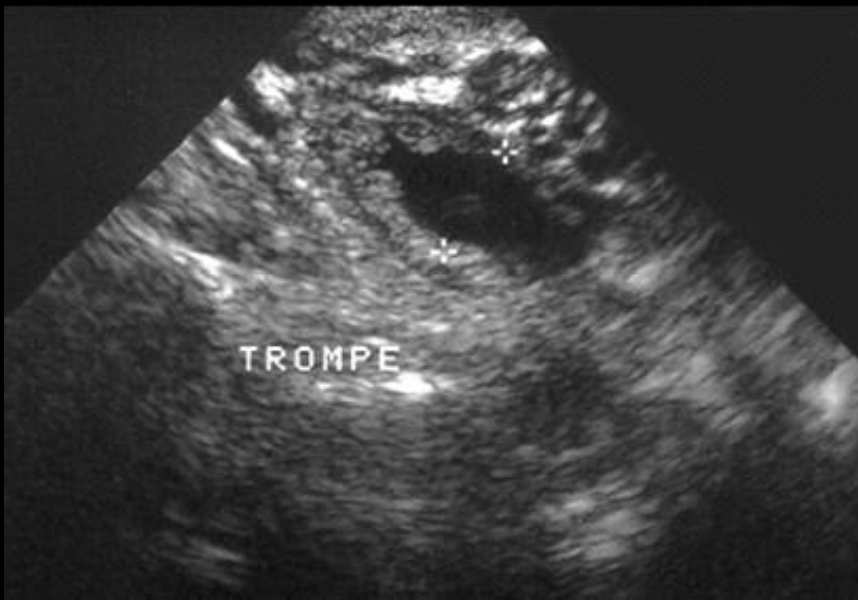
- **taux sanguin de β HCG** > 1000- 1500 mUI/mL et vacuité utérine par écho endovaginale (ou > 2500 mUI/mL et vacuité utérine par voie abdo)
- cinétique du taux sanguin de β HCG à 48h dans le même laboratoire :
stagnation ou augmentation sans doublement du taux **sanguin de β HCG**

Vacuité utérine



Épanchement dans le cul
de sac de Douglas





Trompe avec sac gestationnel



Hématosalpinx



sac gestationnel annexiel et masse
hématique du cul de sac de Douglas

3. Autres examens

- Groupe sanguin, Rhésus, RAI
- Mise en réserve de culots globulaires
- Bilan pré-opératoire complet

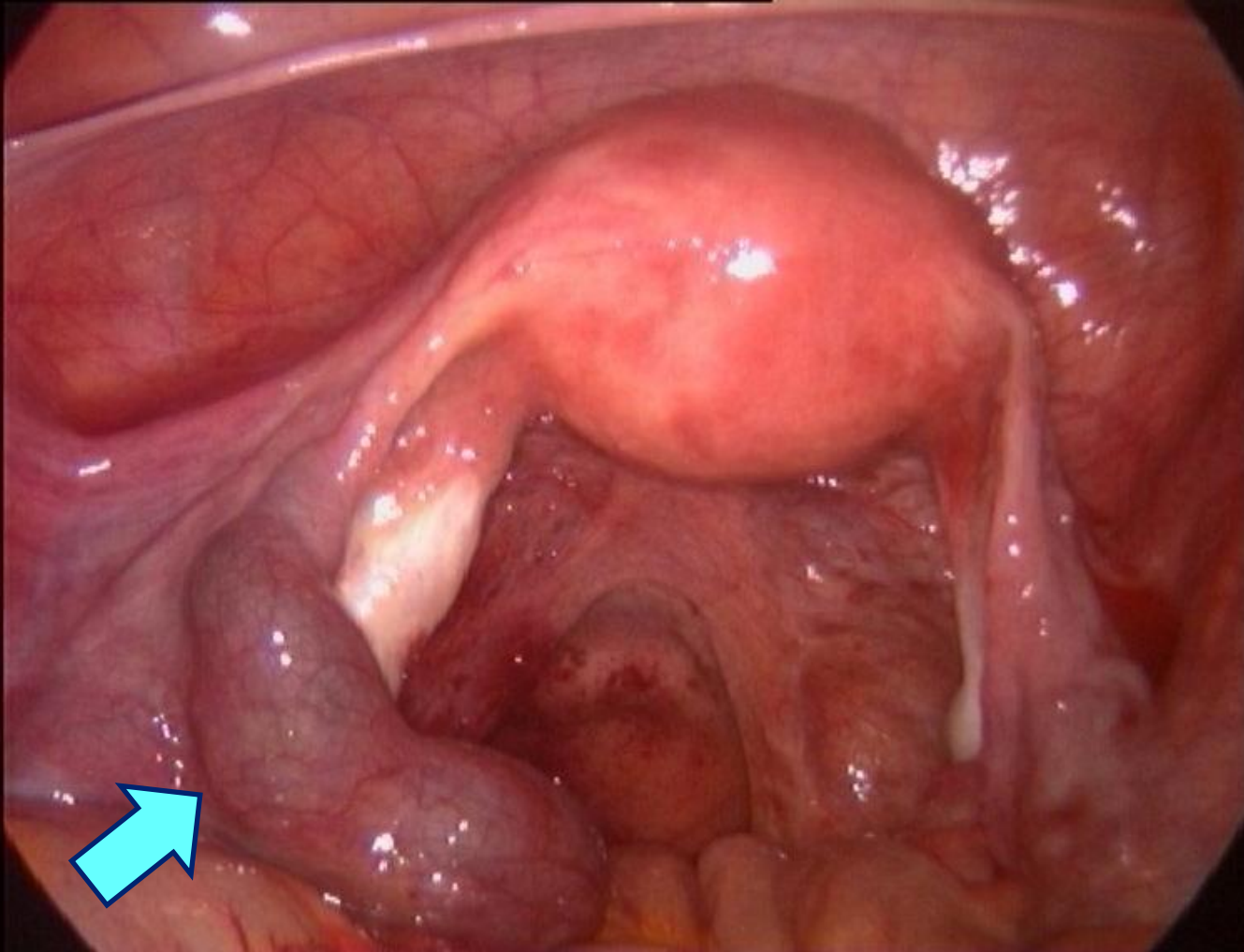
4. En cas de doute diagnostique, réaliser une
coelioscopie à visée diagnostique

Prise en charge

- Il existe 3 modalités thérapeutiques:
 - Traitement chirurgical
 - Traitement médical
 - Surveillance simple

Traitement chirurgical

- 2 méthodes:
 - Coelioscopie (traitement de référence)
 - Laparotomie
- 3 temps opératoires:
 - Diagnostique: visualisation et localisation de la GEU
 - Pronostique pour la fertilité ultérieure
 - Thérapeutique
- 2 alternatives:
 - Traitement conservateur: **salpingotomie et aspiration de la grossesse**
 - Traitement radical: **salpingectomie**



GEU ampullaire droite non rompue

Traitement chirurgical

- Traitement le plus conservateur possible
- Envoi systématique de la trompe et/ou du sac gestationnel en anatomopathologie
- Vérification de la négativation des β HCG en post opératoire
- Indications de la laparotomie:
 - Suspicion de GEU rompue: hémodynamique instable, choc hémorragique, hémopéritoine franc
 - Contre-indications de la coelioscopie

Traitement médical

- Méthotrexate: cytostatique antifolinique, inhibant la synthèse des acides nucléiques

⇒ Lyse du tissu trophoblastique

⇒ **Injection IM ou in situ**

Traitement médical

Indications limitées:

- Hémodynamique et hématocrite stables
- GEU peu évolutive; beta HCG < 10000
- Patiente compliant...
- 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... augmentation fréquente les 4 premiers jours.

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 part de la patiente
 - Effets indésirables: troubles digestifs, hématologiques, cytolyse hépatique, alopécie

Surveillance simple

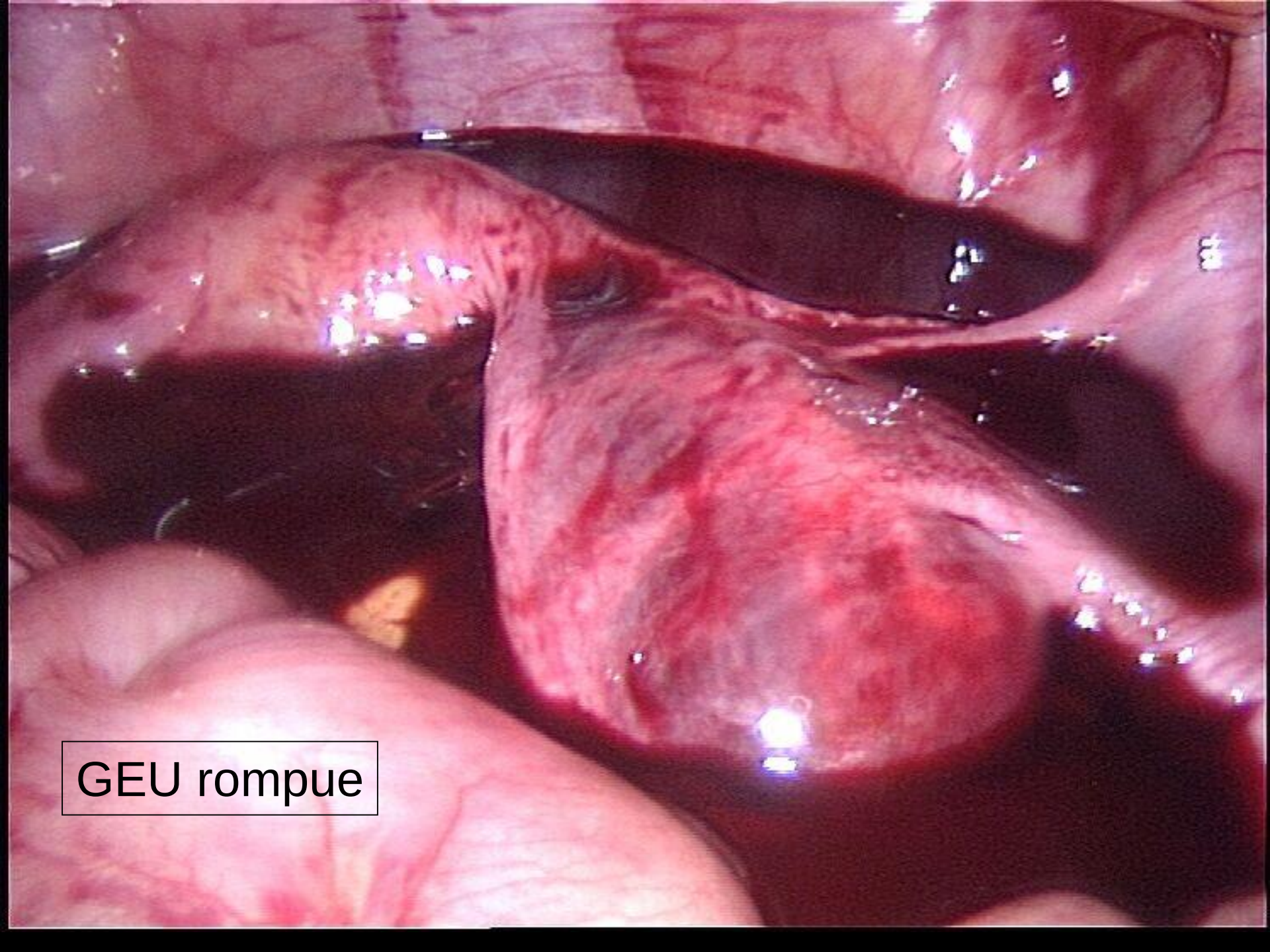
- Indications limitées
 - $\beta\text{HCG} < 1000$
 - GEU asymptomatiques
 - Hémodynamique et hématocrite stables
 - Absence échographique d'hémopéritoine et de sac ovulaire

GEU rompue

- Palpation abdominale:
 - Abdomen ballonné, défense sus-pubienne sans contracture (hémopéritoine massif)
- Examen gynécologique:
 - Touchers pelviens douloureux, induisant le **cri du Douglas** (signe un hémopéritoine volumineux)
- Interrogatoire (s'il est réalisable!):
 - Signes évoquant un stade précoce de GEU
 - **Douleur pelvienne apparue brutalement, en coup de poignard, diffusant rapidement à tout l'abdomen**

GEU rompue: prise en charge

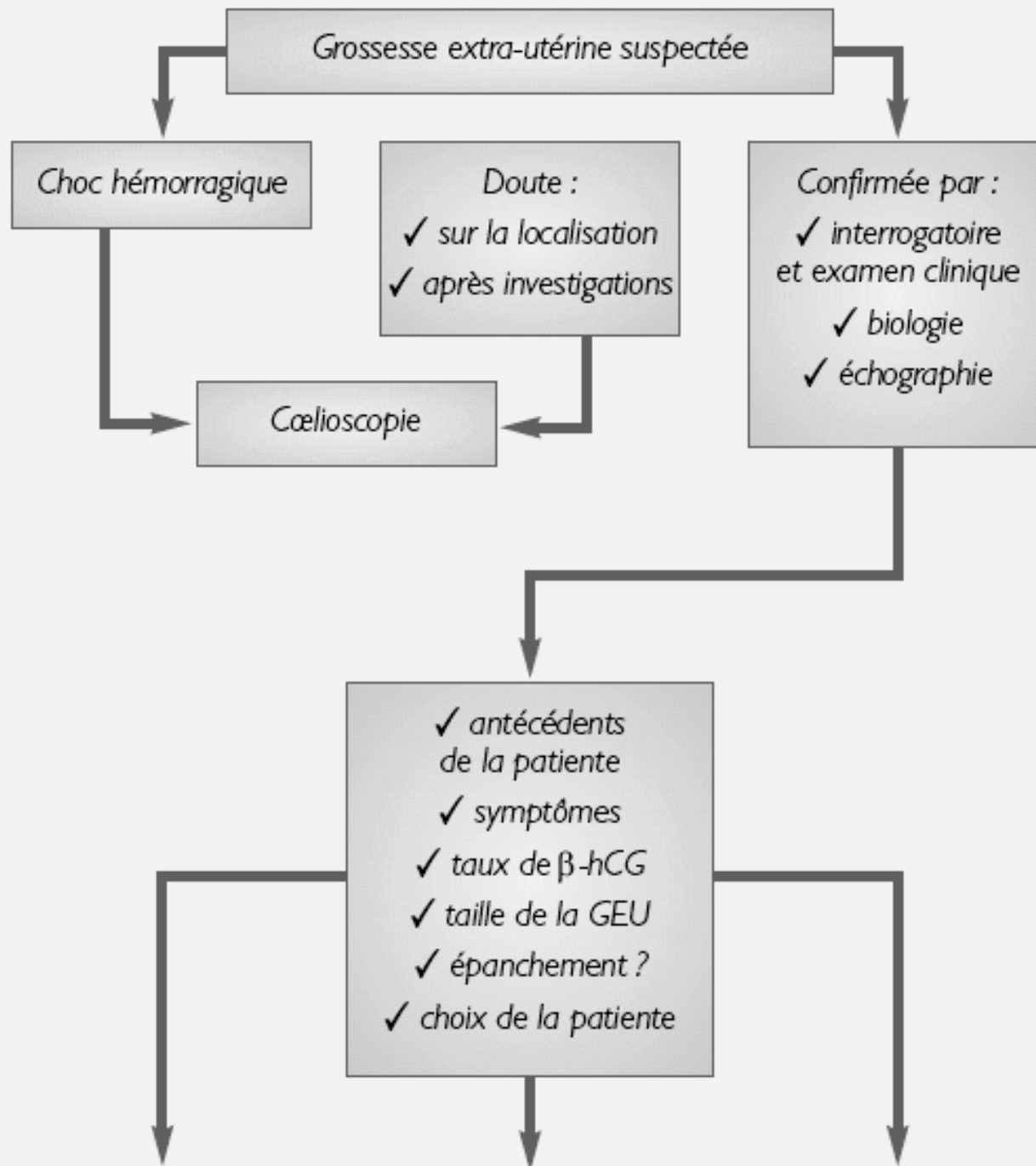
- Pose d'une voie d'abord veineux: rétablir la volémie et une hémodynamique correcte (macromolécules)
- Organiser l'intervention chirurgicale en URGENCE: pronostic vital en jeu
- Bilan pré-opératoire et dosage de β HCG
- Surveillance des constantes hémodynamiques

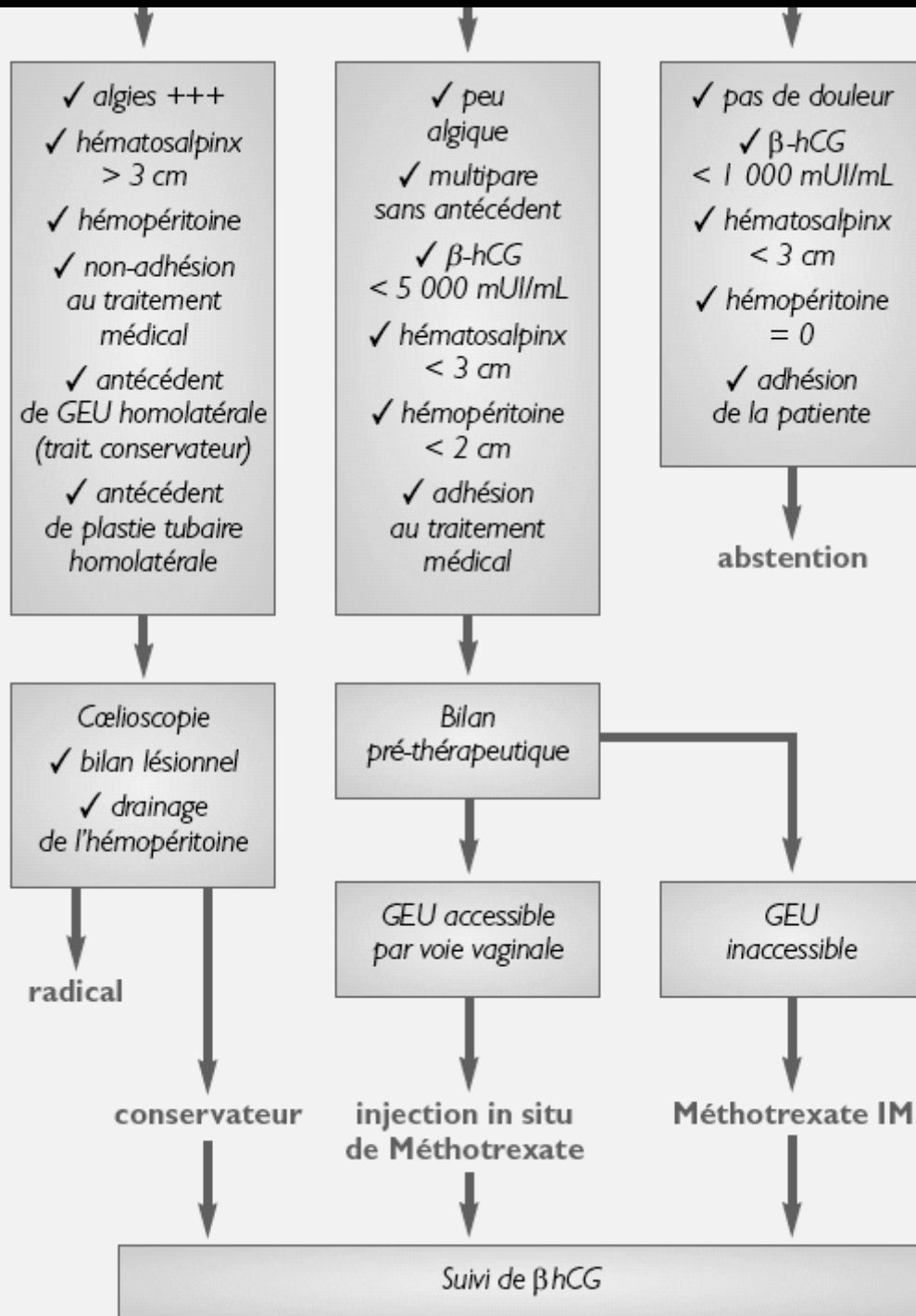
An intraoperative photograph showing a surgical field. A large, dark, rounded structure, identified as a ruptured gestational sac (GEU), is the central focus. It is surrounded by pinkish-red, vascularized tissue. A dark, curved surgical instrument is visible above the sac. The overall scene is illuminated with bright surgical lights, creating some glare on the wet tissue surfaces.

GEU rompue

Dans tous les cas

- Examen anatomopathologique de la pièce opératoire
- Toujours vérifier le groupe sanguin et le rhésus de la patiente
- **Si patiente rhésus négatif:**
- - ↳ Prévention de l'allo-immunisation foeto-maternelle par injection de Gamma-globulines anti-D dans les 72heures





Devenir

Pronostic dominé par:

- **Risque de récurrence: 10 à 30%**
 - Informer la patiente de la nécessité de consulter dès le début de la grossesse pour vérifier la position du sac ovulaire (dès 6SA) +++
 - Hystérosalpingographie à 3 mois après traitement médical ou chirurgical conservateur
 - Surveillance attentive de la grossesse suivante avec échographie précoce
- **Risque de stérilité tubaire**

Contraception

- Compte tenu du risque de récurrence, préférer une contraception bloquant l'ovulation
 - ↳ Contraception oestroprogestative
- Contre-indication aux dispositifs intra-utérins et microprogestatifs
- Information de la patiente ++

Merci