

## **Grossesse extra-utérine (item 18)**

### **Objectifs :**

Diagnostiquer une grossesse extra-utérine.  
Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.

### **Introduction**

La grossesse extra-utérine est la nidation ectopique de l'oeuf en-dehors de la cavité utérine, le plus souvent au niveau tubaire, plus occasionnellement au niveau ovarien ou abdominal.

Sa fréquence a doublé au cours des 15 dernières années (2 % des grossesses soit 14 .000 par an, en France) devant la recrudescence des facteurs favorisants que sont la salpingite, la chirurgie tubaire, le tabagisme. Actuellement, le taux semble stabilisé en relation avec la régression des maladies sexuellement transmises.

Son diagnostic et sa prise en charge sont de plus en plus précoces permettant de nouvelles possibilités thérapeutiques : les traitements médicaux ou la coeliochirurgie.

Si le pronostic vital dans les formes graves peut encore être en jeu, ces cas sont de moins en moins fréquents dans nos pays.

Le pronostic est maintenant plutôt lié à la fertilité ultérieure chez les patientes ayant présenté une grossesse extra-utérine ; toutefois, il faut toujours la considérer comme une urgence chirurgicale.

### **Rappel**

Les formes anatomiques sont définies par la localisation ectopique de la nidation.

La plupart des grossesses ectopiques sont des grossesses tubaires.

Les différentes parties anatomiques de la trompe peuvent être concernées :

- dans 75% des cas il s'agit de l'ampoule,
- dans 20% de l'isthme
- dans 3% de l'infundibulum,

Cependant la grossesse peut également être ovarienne, ceci dans environ 1% des cas,

Les grossesses abdominales sont très rares, moins de 1% des cas ; elles peuvent s'implanter sur n'importe quel site de la cavité abdominale ; elles sont en fait souvent très vascularisées et donc potentiellement très dangereuses. Greffe après avortement tuboabdominal,

Les grossesses utérines anormales sont également rarissimes, inférieures à 1%. Il s'agit des grossesses cervicales, des grossesses diverticulaires en cas d'adénomyose, des grossesses angulaires ou des grossesses cornuales dans les utérus malformés (existent sur utérus sain) présentant en général une corne utérine rudimentaire. Elles sont souvent pourvoyeuses de rupture utérine avec pronostic vital engagé.

### **I. Quels sont les principaux facteurs de risque des G.E.U. ?**

Les M.S.T., salpingites ou les endométrites : les G.E.U sont six fois plus fréquentes chez les femmes ayant eu des antécédents de salpingite que chez les patientes sans antécédent. Le Chlamydiae trachomatis est le germe le plus fréquent ; il est à l'origine de lésions tubaires d'autant plus importantes que la

symptomatologie est souvent discrète,

Le dispositif intra-utérin : le risque de GEU chez les porteuses de stérilet est multiplié par 3 par rapport aux patientes sous contraception orale. Le pourcentage de GEU ne semble pas augmenté.

Les antécédents de chirurgie tubaire ou pelvienne (appendicectomie par exemple mais rarement après césarienne).

Toutes les autres causes d'altération de la paroi tubaire : endométriose, tuberculose, bilharziose, Distilbène.

La fécondation in-vitro et le transfert d'embryons. Les GEU sont plus fréquemment cornuales dans ces cas-là. Elles restent relativement fréquentes et ce sont des cas favorisant les grossesses hétérotopiques, c'est à dire l'association d'une G.E.U avec une G.I.U.

Certains médicaments dont la pilule microprogestative, les estrogènes comme pilule du lendemain, les inducteurs de l'ovulation telles les gonadotrophines, peuvent également être retrouvés comme facteurs favorisant des grossesses extra-utérines.

Le tabac.

Enfin, dans un certain nombre de cas, aucun facteur ne sera identifié.

## II. Quelle C.A.T. proposez-vous en cas de GEU précoce non compliquée ?

1) Il s'agit d'une femme en période d'activité génitale présentant une aménorrhée secondaire (les règles peuvent être à la date normale, mais présentent habituellement des anomalies d'abondance ou de durée) soit un retard de règles.

En général, elle présente rarement des signes sympathiques de grossesse car le diagnostic de grossesse est précoce, des métrorragies peu abondantes, répétées, classiquement sépia voire noirâtres.

Les douleurs sont en général sus-pubiennes, le plus souvent unilatérales dans une des deux fosses iliaques. Ces douleurs peuvent être permanentes, mais parfois accompagnées de paroxysmes douloureux. On recherche par l'interrogatoire des facteurs de risque (antécédents familiaux et surtout personnels).

L'examen gynécologique retrouve :

Lors de l'examen sous spéculum :

- Un col congestif de grossesse,
- Un saignement d'origine endo-utérine.

Au toucher vaginal :

- Un utérus gravide (le plus souvent de taille normale), moins volumineux que ne le voudrait le terme de la grossesse,
- Parfois une masse unilatérale, latéro-utérine de texture molle, mal limitée et sensible au toucher ou simplement un cul de sac vaginal moins souple, mais sans masse nette,
- Au niveau du cul de sac de Douglas, le toucher peut entraîner une vive douleur témoignant de la présence de sang dans ce cul de sac de Douglas,
- Eventuellement, il existera également une douleur à la mobilisation utérine.

2) Mais, parfois, la patiente peut ne pas avoir présenté de retard de règles vrai. Les signes sympathiques de grossesse peuvent être absents ou avoir disparu. Les douleurs pelviennes peuvent être peu importantes ou bilatérales avec un examen par ailleurs peu contributif.

Dans ce contexte, la co-existence de troubles des règles, de métrorragies, de douleurs pelviennes même minimales chez une femme jeune, doit faire évoquer le diagnostic de GEU et pratiquer deux examens de première intention : une échographie pelvienne et le dosage quantitatif des B HCG plasmatiques.

- Le dosage des bêta-HCG :
  - Les bêta-HCG sont présentes dans la circulation sanguine 11 jours après l'ovulation. La positivité permet d'affirmer l'existence d'une grossesse.

- Lors d'une grossesse normalement évolutive, le taux de bêta-HCG se multiplie par 2 toutes les 48 heures.
- Lors d'une grossesse extra-utérine, il est habituel d'avoir une cinétique perturbée avec des taux inférieurs à ce qu'ils seraient attendus par rapport au terme de la grossesse, du fait d'une non multiplication par 2 des taux de  $\beta$ . HCG toutes les 48 heures.
- L'échographie pelvienne réalisée par voie endovaginale (et abdominale si nécessaire) :
  - Il est important de tenir compte de l'âge gestationnel pour interpréter les résultats de l'échographie.
  - Le principal signe de GEU est un signe indirect : l'existence d'une vacuité utérine ; Théoriquement, lorsque le terme est > 5.S.A. et /ou le taux de bêta-HCG est > à 1000 ou 1500UI/l, le sac gestationnel doit être visible à l'échographie dans l'utérus, s'il s'agit d'une grossesse intra-utérine. La constatation d'une vacuité utérine pour un taux de bêta-HCG > 1500 doit fortement faire évoquer l'existence d'une grossesse extra-utérine
  - Cependant, il existe parfois des images trompeuses lacunaires hypo-échogènes, évoquant un sac ovulaire intra-utérin ou pseudo-sac. Ces images sont en général centrées dans la cavité et sans couronne trophoblastique, à l'opposé des sacs gestationnels intra-utérins excentrés et avec couronne trophoblastique.
  - Les autres signes sont :
    - Un épanchement liquidien dans le Douglas, correspondant à un épanchement de sang dans la partie la plus déclive du péritoine. Il apparaîtra comme une zone noirâtre liquidienne (anéchogène) ne pouvant cependant pas permettre d'affirmer la nature de l'épanchement (sang, liquide péritonéal ou de liquide de rupture de kyste).
    - Une formation latéro-utérine hétérogène correspondant à un hématosalpinx ou la visualisation directe du sac ovulaire à la G.E.U.. Cette image est retrouvée du côté où la douleur est dominante et dans plus de 90% des cas du côté du corps jaune.

Toutefois, on est souvent confronté à une situation associant uniquement un taux de beta-HCG > 1.500UI/L, avec une vacuité utérine.

Si le taux est < 1000UI/l, on pourra attendre quelques jours pour apprécier une évolution.

Deux situations sont possibles :

- Le taux de HCG augmente > 1000UI /L => possibilité d'interprétation de l'échographie,
- Taux stable, < 1000UI/l => la grossesse n'est pas évolutive, on pourra envisager un prélèvement d'endomètre à la recherche de villosités choriales : s'il n'en existe pas, la grossesse est probablement extra-utérine, en sachant que la sensibilité au prélèvement endométrial n'est pas de 100 %.

Il faudra toujours réaliser un bilan préopératoire (biologique, groupe rhésus et consultation anesthésique) et pré-thérapeutique en fonction du traitement médical ou chirurgical.

Au total, le plus souvent, le diagnostic est fait sur le trépied : clinique, échographie et HCG.

Dans certains cas, il persiste un doute diagnostique, on pourra être conduit à réaliser une coelioscopie à visée diagnostique.

### 3) Le traitement.

Il a plusieurs objectifs :

- Arrêter le saignement,
- Supprimer la GEU avant qu'elle ne détruise totalement la trompe et n'entraîne des lésions plus importantes des pédicules tubaires,
- Préserver la fertilité, Limiter le risque de récurrence,
- Limiter la morbidité thérapeutique.

Les principaux moyens thérapeutiques sont :

- Chirurgicaux :

- La coeliochirurgie avec ablation de la trompe (salpingectomie, chirurgie radicale) ou ouverture de la trompe (salpingotomie) et aspiration de la GEU (chirurgie conservatrice). La coelioscopie permettra dans le même temps de réaliser : le diagnostic, de faire un bilan lésionnel tubaire et de traiter la patiente,
- La laparotomie avec les mêmes gestes.

Pour ces deux techniques, on effectuera une surveillance du taux de BHCG en post-opératoire pour éliminer toute persistance de trophoblaste actif.

Pas de surveillance si salpingectomie.

- Médicaux : (N.P.O. injection d'anti-D en cas de Rhésus négatif)

- Le Méthotrexate : c'est le produit le plus utilisé dans le traitement de la grossesse extra-utérine. Il s'agit d'un cytostatique de type anti-folinique inhibant la synthèse des acides nucléiques au sein des cellules.
- Les indications du traitement médical sont les cas de grossesse extra-utérine où l'hémodynamique et l'hématocrite sont stables, lorsque le G.E.U est peu évolutive ou lorsque la localisation est ovarienne ou interstitielle, lorsqu'il existe des adhérences pelviennes importantes, lorsque la patiente est obèse ou multi-opérée, lorsqu'il existe une contre-indication à l'anesthésie générale.
- Un bilan pré-thérapeutique sera donc nécessaire à la recherche de contre-indications à ce traitement : affections hépatiques, insuffisance rénale, etc. ( NFS, plaquettes, coagulation, bilan rénal et hépatique).
- Les dosages de bêta-HCG devront être surveillés jusqu'à négativation du taux des bêta-HCG ( Le taux d'échec est d'environ 10 à 20%).

- Abstention thérapeutique :

Les indications de ce traitement sont limitées (BHCG<1000) et réservées exclusivement aux grossesses extra-utérines asymptomatiques et chez des patientes dont l'hémodynamique et l'hématocrite sont stables avec absence échographique d'hémopéritoine et de sac ovulaire.

Les principales indications sont :

- GEU peu évolutive et précoce, surveillance possible => plutôt Traitement médical, Abstention,
- GEU évolutive, saignement important => Chirurgie,
- Dans les situations intermédiaires => cas par cas. Suivi à distance :

Après traitement médical ou chirurgical conservateur, une hystérosalpingographie à distance du traitement (environ trois mois) peut être intéressante pour évaluer l'état des trompes après traitement et donc le risque de récurrence. Lorsque le pronostic de fertilité de la patiente semble engagé de façon défavorable, il conviendra d'adresser cette patiente en centre de procréation médicalement assistée.

La fertilité :

- Après traitement chirurgical radical : le taux de G.I.U obtenu est d'environ 50 % avec 15 % environ de G.E.U controlatérale. On note une différence importante selon les antécédents de la patiente puisque 75 % des patientes sans antécédent de chirurgie tubaire obtiennent une grossesse normale contre 37 % environ pour les patientes ayant de tels antécédents ou une trompe restante pathologique.
- Après traitement conservateur, le taux de G.I.U atteint 60 % et dépend également des antécédents de la patiente.

Il est essentiel de prévenir les patientes ayant eu une grossesse extra-utérine, du risque de récurrence et qu'il est nécessaire de consulter dès le début d'une nouvelle grossesse pour vérifier la position du sac ovulaire (dès 6 SA).

### III. Quelle C.A.T. proposez-vous en cas de GEU rompue ?

C'est le traitement chirurgical en urgence.

En cas de GEU rompue, le tableau clinique sera celui d'une hémorragie interne comporte :

Les signes généraux sont souvent assez importants avec signes de choc hémorragique (tension artérielle basse et pincée, un pouls rapide et filant, des extrémités froides avec une patiente agitée, angoissée, oligurie) avec parfois des douleurs scapulaires.

Au niveau abdominal, on retrouve un abdomen ballonné ainsi qu'une défense sus-pubienne sans contracture (hémopéritoine massif).

Les touchers pelviens sont très douloureux, induisant le cri du Douglas signant un volumineux hémopéritoine.

L'interrogatoire, s'il est possible, retrouvera des signes pouvant faire évoquer un stade précoce de grossesse extra-utérine. La douleur pelvienne est souvent apparue comme brutale, en coup de poignard, diffusant rapidement à tout l'abdomen.

La CAT consiste à :

1. Voie d'abord veineux pour rétablir une volémie et une hémodynamique correcte (macromolécules puis sang) et organiser l'intervention chirurgicale en urgence (pronostic vital en jeu),
2. Réaliser un bilan pré-opératoire en urgence (Bilan biologique, coagulation, consultation anesthésique) + B HCG,
3. Surveiller les constantes hémodynamiques.

On pourra découvrir une rupture d'un kyste hémorragique de l'ovaire. (NPO : injection antiD si Rhésus négatif)

### IV. Quelle C.A.T. proposez-vous en cas d'hématocèle retro-utérine ?

C'est une forme de plus en plus rare qui correspond à une rupture ancienne à bas bruit.

La symptomatologie comporte des douleurs augmentant régulièrement depuis plusieurs jours ou semaines, accompagnées de :

- Métrorragies,
- Petits signes de compression pelvienne : ténesme et épreinte liés à la compression du rectum, pesanteur pelvienne, dysurie, dyspareunie profonde,
- Petits signes irritatifs digestifs : ballonnement, nausées,
- Et sur le plan général : subfébricule, subictère, asthénie. A l'examen :

Au TV, l'utérus est refoulé en avant par une masse bombant douloureuse dans le cul de sac de Douglas,

Au TR, on perçoit une masse antérieure sensible.

A l'échographie, il existe une masse hétérogène au niveau du cul de sac de Douglas parfois latéralisée.

Le dosage de B HCG plasmatique peut être très faible voire nul.

Le risque est la survenue d'une rupture secondaire ou d'une zone adhérentielle .

La CAT consiste à réaliser l'exérèse chirurgicale de cette masse adhérente au péritoine du cul de sacs de Douglas et aux organes de voisinage englobant parfois la trompe.

**Points essentiels**

**La GEU reste la 1ère cause de mort maternelle au premier trimestre de grossesse.**

**Le diagnostic doit être évoqué de principe en cas de douleurs associées à des métrorragies chez une femme en période d'activité génitale.**

**Les facteurs de risques ont ceux des salpingites et des anomalies hormonales spontanées ou iatrogènes.**

**Le diagnostic repose sur le trépied : clinique, échographie et dosage des beta-HCG.**

**En cas de vacuité utérine associée à un taux de Beta-HCG > 1500 UI/l, la probabilité de GEU est importante.**

**Le traitement est avant tout chirurgical par coelioscopie.**

**Dans des formes précoces, on peut envisager un traitement par Méthotrexate sous conditions d'une surveillance prolongée du taux de B HCG.**

**Il ne faut pas oublier :**

- les formes cataclysmiques de GEU => stratégie urgente organisée,
- le traitement préventif de l'allo-immunisation rhésus,
- le taux de grossesse intra utérine (GIU) est de 50 à 60% avec 10 à 15% de GEU après traitement.