

# Grossesse extra utérine (GEU)

## I - Introduction

- La grossesse extra utérine est l'implantation du trophoblaste en dehors de l'utérus sur la trompe utérine ou l'ovaire et exceptionnellement sur la cavité péritonéale.
- Longtemps elle a entraînée le décès des ♀ jeunes, heureusement l'échographie et la coelioscopie ont modifié la démarche diag, le pronostic vital de la patiente.
- Actuellement c'est une pathologie qui compromet la fertilité et reste la 1<sup>ère</sup> cause de décès au 1<sup>er</sup> trimestre.
- Les âges de prédilection sont entre 15 - 19 ans avec une fréquence de 4,1% et entre 30 - 39 ans avec une fréquence de 12,9%.

## II - Etiologies :

1] Epidémiologie : la fréquence a doublé en 20 ans de 7,6% à 13%.

2] Causes :

a - Les causes qui retardent le passage de l'œuf de la cavité (Retard de captation de l'œuf fécondé)

→ les infections sont responsables de Salpingite, Atteinte bactérienne  
→ GEU et de Stérilité

- Endométriose Tubaire
- Anomalies congénitales (diverticules, kyste, Poche accessoire)
- cause iatrogène.
- chirurgie Tubaire :
- prise d'œstrogènes/progestatif, Abus de l'œstrogène → Anomalies de mobilité tubaire

b) ce qui accentue la réceptivité Tubaire à l'implantation Tubaire

→ Endométriose Tubaire

c) cause propre à l'œuf fécondé :

→ Corp jaune d'un côté et Trompe de l'autre côté  
(Migration péritonéale prolongée)

l'œuf ovulé ou stade Blastocyste qui est trop volumineux  
à la passage Tubaire

### III - Anapath :

1) localisation :

A la gestation Tubaire 98% :

• Ampulaire > 70%

• isthmique 15-20%

• interstitielle 1-2%

• infundibulaire 1-2%

B) Grossesse ovulaire :

\* primitive

\* secondaire

C) Grossesse péritonéale : Lithopédie

2) Réaction péritonéale :

- Elle touche les 3 couches structurelles de l'utérus

\* Péritoine est hypervascularisé et rougeâtre.

\* Le myomètre hypertrophié mais  $\ominus$  que l'âge que la grossesse normale.

\* la muqueuse subit une transformation déciduale

## IV - Clinique et Paraclinique

1) GEU à son début :

- Le plus fréquemment, elle est rencontrée au stade d'hémato-salpinx non compliqué

À signes fonctionnels : - Aménorrhée +/- Naïvée de qj jours à 2-3 semaines

- Métorragies : brun sépia - Pânes distillées parfois avec de intervalles libres 1-2j puis reprise

- la Douleur +++ : - même symptôme 16%  
 - intensité variable  
 - déclenchée par changement de position  
 - peut être syncopale  
 - unilatérale svr  
 - précède ou accompagne l'épistaxe

NB  $\Delta$  : autres signes sympathiques accentués parfois, lipothimie (caractéristique et parfois tardive)  
 - Expulsion de la coagulation en fragments.

B) Signes Physiques : Ventre - Rectum vide

inspection : la respiration normale

palpation : Révèle une DLR ou endolorissement

Spécule : Col viduocé latéral avec svr présence d'un fil et règle de la cavité utérine

TV : corp - col sont mous, Taille utérine  $\uparrow$  mais  $\ominus$  que l'aménorrhée, il ya que les sacs latéraux qui permettent de mettre en évidence une masse douloureuse  $\neq$  limitée  $\Rightarrow$  petit épiphore du latus utero uterine cité par Henry

- CSD est très sensible due à l'hémorragie

## C) Exams Complémentaires :

• Biologie : → Test de grossesse : révèle une grossesse mais le dosage de  $\beta$ HCG affirme la grossesse et évalue son évolutivité. Par dosage répété de  $\beta$ HCG (cinétique de  $\beta$ HCG).

### • Echographie :

A - Signes indirects : → Absence de sac gestatif et en intra cavitaire avec A de la globe utérin.  
→ épaississement de l'endomètre  
→ Épanche du CSD.

B - Signes directs : → présence d'une tumeur inhomogène latéra utérin parfois avec visibilité du sac gestatif et avec le diap ≠ du kyste du corps jaune et ou bien une poche adhérentielle.

---

NB : lors d'une échographie endovaginale, on peut visualiser un sac dès la 1<sup>ère</sup> SA avec  $\beta$  en  $\Phi = 3\text{mm}$  et Taux  $\beta$ HCG  $> 1000\text{ui/ml}$ . on peut observer un sac en extra utérin avec un Holbo hyperéchogène et une activité  $\heartsuit$  visible.

---

\* Cœlioscopie ++ :  
- Exa le + fiable et fondamental  
- soit précédé la laparotomie  
soit en cas d'hémopéritoine qui CI  
cet exa.

\* Autres Exa :  
- hystérosalpingographie.  
- hystérocopie  
- culdocentèse (si saignement important).  
- culboscopie  
- IRT.

## V - Formes cliniques :

1] Formes Atypiques de la forme vue précédemment :

- forme pseudogravide
- " pseudosalpingite
- associée GEU et GIU
- " GEU et IVG
- Formes très jeunes à géiso spontanée
- ♀ extrême. appendiculaires ou occlusives.

2] Formes Anatomiques :

- ⇒ Grossesse Tubaire
- ⇒ " Ovaire
- ⇒ " Abdominale

### 3] Formes évoluées :

- ⇒ Rupture catadichmique avec inondation péritonéale
- ⇒ hématocele rétro-utérine
- ⇒ hématosalpinx.

### 4] Formes chroniques :

- ⇒ hématocele rétro-utérine

### 5] Formes étiologiques :

- AE selon ATCD :
- GEU et stérilité
  - GEU et contraceptif par passage par Progestatif
  - GEU et fécondation in vitro

## VI - Diagnostic ≠ :

- \* Salpingite
- \* Kyste de l'ovaire
- \* Avortement spontané précoce

### ≠ 1] Formes Atypiques

### 2] Formes évoluées :

- ⇒ hémopéritoine
- \* Rupture des VX
- \* Rupture de la veine de la paroi utérine.

↳ Rupture de kyste fonctionnel

⇒ Hématosalpinx volumineux

⇒ Pyosalpinx

↳ Kyste endométriosique /

⇒ Hématocèle : sigmoidite / entérocèle / cholécystite / colique  
Néphrotique / pyélonéphrite / occlusion / plaie  
Appendiculaire / Fibrose / Masse ovarienne /  
utérus gravide

## VII - Démarche Diagnostique :

- Le diag est orienté par écho et biologie et confirmé par  
Coelio

## VIII - Traitement :

### 1) Méthodes

A) Réanimation

B) chirurgie : conventionnelle ou coelioscopique  
- 2<sup>e</sup> technique radicale : salpingectomie / ovariectomie  
conservatrice : cœcocolique / Tube /  
expulsion de l'œuf fécondé

C) Médical : Méthotrexate par voie générale en discontinu associé  
avec l'acide folique ou continu en IT,  
- Repère en insitu sur l'œuf m. ty. en expérimental  
- Ty nouvelle par BHCG jusqu'à ⊖



## 2] Indications :

A) Tut radical : enca → dégât anatomique important  
→ hématoxylineux compact / volumineux  
→ Multiple avec Tumeurs bilatérales  
→ Récidiver après Tut conservateur  
du m<sup>e</sup>m côté

B) Tut conservateur : enca → Forme inégale chez p<sup>re</sup>mipare  
→ 1 seule avec Tumeur unique

NB. fertilité ultérieure T<sub>je</sub> compromise car Taux de récidive  
est de 12%