

# Item 18 : Grossesse Extra- Utérine (GEU)

---

---

**Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)**

**Date de création du document    2010-2011**

## Table des matières

Pré-Requis.....	2
<b>OBJECTIFS</b> .....	2
<b>INTRODUCTION</b> .....	2
<b>I Principaux facteurs de risque des Grossesses Extra-Utérines (GEU)</b> .....	3
<b>II Conduite À Tenir (CAT) en cas de Grossesse Extra-Utérine (GEU) précoce non-complicquée</b> .....	4
<b>III Conduite À Tenir (CAT) en cas de Grossesse Extra-Utérine (GEU) rompue</b> .....	11
<b>IV Conduite À Tenir (CAT) en cas d'hématocèle rétro-utérine</b> .....	12
<b>V Annexes</b> .....	13
<b>Glossaire</b> .....	13
<b>Bibliographie</b> .....	20
<b>Recommandation</b> .....	21
<b>Abréviations</b> .....	22

### PRE-REQUIS

- Anatomie tubaire
- Physiopathologie tubaire
- Effet des œstrogènes de la progestérone sur la physiologie tubaire

### OBJECTIFS

ENC :

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

### INTRODUCTION

Physiologiquement, la fécondation s'effectue au niveau du tiers externe de la trompe, puis l'œuf migre dans la cavité utérine où se produira la nidation.

La Grossesse Extra-Utérine (GEU) est la nidation ectopique (*cf. glossaire*) de l'œuf en-dehors de la cavité utérine. 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 (*cf. glossaire*) et dans 3 % au niveau du pavillon ; la GEU peut être interstitielle, ovarienne voire abdominale (moins de 1 % des cas).

Les grossesses cervicales (*cf. glossaire*), les grossesses diverticulaires (*cf. glossaire*) (en cas d'endométriase (*cf. glossaire*)), les grossesses angulaires (*cf. glossaire*) ou les grossesses dans les utérus malformés (exemple de la corne utérine rudimentaire) doivent être connues car même si elles sont rares, elles risquent d'engager le pronostic vital.

La fréquence de la GEU a doublé au cours des 15 dernières années (2 % des grossesses soit 14 000 par an, en France), coïncidant avec la recrudescence des facteurs favorisants que sont la salpingite (*cf. glossaire*), la chirurgie tubaire, le tabagisme.

Son diagnostic et sa prise en charge sont de plus en plus précoces, permettant de nouvelles possibilités thérapeutiques moins invasives : les traitements médicaux et la coelochirurgie (*cf. glossaire*).

Le pronostic vital dans les formes graves peut encore être en jeu. La GEU reste la première cause de mortalité au cours du premier trimestre de la grossesse, par hémorragie, ce qui fait tout l'intérêt de cette question. Elle est l'exemple même de l'urgence chirurgicale. Le pronostic se pose plus souvent en termes de fertilité ultérieure chez les patientes ayant présenté une grossesse extra-utérine.

## I PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUE DES GROSSESSES EXTRA-UTERINES (GEU)

---

Ce sont :

- **Les IST, les salpingites ou les endométrites** (*cf. glossaire*) : les GEU sont six fois plus fréquentes chez les femmes ayant eu des antécédents de salpingite que chez les patientes sans antécédent. Le *chlamydiae trachomatis* (*cf. glossaire*) est le germe le plus fréquent ; il est à l'origine de lésions tubaires d'autant plus importantes que la symptomatologie est souvent discrète.
- **Les antécédents de chirurgie tubaire ou pelvienne** (appendicectomie par exemple mais rarement après césarienne).
- **Toutes les autres causes d'altération de la paroi tubaire** : endométriase, tuberculose, bilharziose...

- **Le tabac** : c'est le second grand facteur de risque de GEU après les altérations de la trompe. Il existe une relation dose-effet. Facteur de risque accessible à une prévention primaire à la différence des situations précédentes (+++).
- **Le Dispositif Intra-Utérin (DIU)** : Le risque de GEU chez les porteuses de stérilet est multiplié par 3 par rapport aux patientes sous contraception orale. Le pourcentage serait augmenté de façon plus importante chez les patientes porteuses d'un stérilet à la progestérone (*cf. glossaire*) ce qui n'est pas le cas avec les DIU au Lévonorgestrel (*cf. glossaire*) (Mirena\*).
- **La Fécondation In Vitro Et Transfert d'Embryon (FIVETE)**. Les grossesses extra-utérines sont plus fréquemment interstitielles dans ces cas-là. Le taux de GEU reste stable malgré les progrès techniques, à 4,5 % après FIV. Il faut penser dans ce contexte particulier aux grossesses hétérotopiques (*cf. glossaire*), c'est-à-dire à une association GEU-GIU (situation piège ++).
- **Certains médicaments**, dont la pilule microprogestative (*cf. glossaire*), les œstrogènes (*cf. glossaire*) comme pilule du lendemain, prise de Distilbène (*cf. glossaire*) par la mère, les inducteurs de l'ovulation et en particulier le Citrate de Clomifène (*cf. glossaire*) (CC) (Clomid\*, Pergotim\*) peuvent également être retrouvés comme facteurs favorisant des grossesses extra-utérines.
- **L'âge maternel élevé.**
- Enfin, dans un certain nombre de cas, aucun facteur ne sera identifié.

## II CONDUITE À TENIR (CAT) EN CAS DE GROSSESSE EXTRA-UTERINE (GEU) PRECOCE NON-COMPLIQUEE

---

Une femme, **en âge de procréation**, présente un retard de règles, éventuellement un « cafouillage » de règles (les règles peuvent être à la date normale, mais présentent habituellement des anomalies d'abondance ou de durée) soit des troubles du cycle.

En général, la patiente présente également des signes sympathiques de grossesse :

- **des douleurs unilatérales** : elles sont en général sus-pubiennes, le plus souvent **unilatérales** dans une des deux fosses iliaques (*cf. glossaire*). Ces douleurs peuvent être permanentes, mais parfois accompagnées de paroxysmes. Dans certains cas, il peut s'agir de **douleurs scapulaires** témoignant de l'existence d'un hémopéritoine (*cf. glossaire*) avec lipothymies (*cf. glossaire*), malaises.
- **des métrorragies** (*cf. glossaire*) **peu abondantes**, répétées, classiquement **sépio** voire noirâtres, parfois mélangées à du sang rouge.

**Dans cette forme, l'état général est conservé** (TA et pouls normaux).

L'examen gynécologique trouve :

- **Lors de l'examen sous spéculum (cf. glossaire) :**
  - un saignement d'origine endo-utérine.
- **Au toucher vaginal**
  - un utérus moins volumineux que ne le voudrait le terme de la grossesse ;
  - parfois une sensibilité d'un cul-de-sac vaginal (cf. glossaire) ou une masse latéro-utérine sensible au toucher ;
  - au niveau du cul-de-sac de Douglas (cf. glossaire), le toucher peut entraîner une vive douleur témoignant d'une irritation péritonéale ;
  - éventuellement, il existera également une douleur à la mobilisation utérine.

**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 ou absentes. L'examen peut par ailleurs être peu contributif. La GEU peut être asymptomatique.

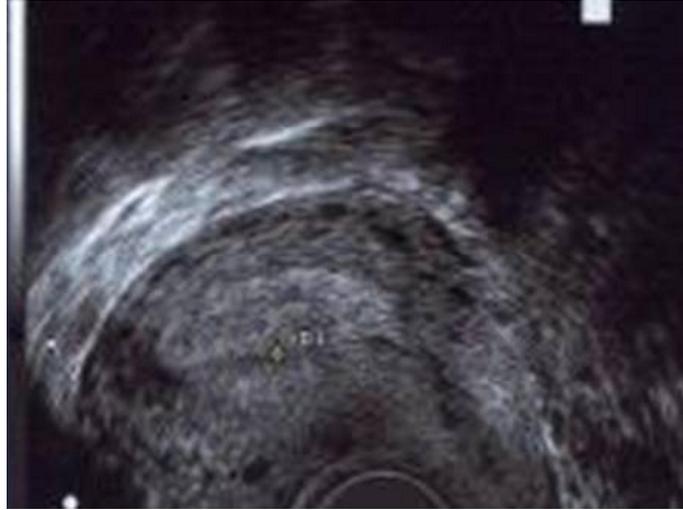
**Dans ce contexte, l'existence de troubles des règles, et/ou de métrorragies, et/ou de douleurs pelviennes même minimales chez une femme jeune (surtout s'il existe des facteurs de risque de GEU), doit faire évoquer le diagnostic de GEU et pratiquer deux examens de première intention : le dosage quantitatif des  $\beta$ -hCG (cf. glossaire) plasmatiques et une échographie pelvienne.**

**Le dosage de la  $\beta$ -hCG :** La  $\beta$ -hCG est sécrétée par le cytotrophoblaste (cf. glossaire) . Elle est présente dans la circulation sanguine une semaine après la fécondation, donc avant le retard de règle éventuel. Sa positivité permet d'affirmer l'existence d'une grossesse. Lors d'une grossesse normalement évolutive, le taux de  $\beta$ -hCG double toutes les 48 heures. Lors d'une grossesse extra-utérine, il est habituel d'avoir une cinétique perturbée 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 ainsi que du taux de  $\beta$ -hCG.**
- **Le principal signe échographique de GEU est un signe indirect.**

### Aspect échographique de vacuité utérine



La constatation d'une vacuité utérine pour un taux de  $\beta$ -hCG > à 1500 UI/l doit fortement faire évoquer l'existence d'une grossesse extra-utérine. Cependant, il existe parfois des images trompeuses lacunaires hypoéchogènes (*cf. glossaire*), évoquant un sac ovulaire intra-utérin ou **pseudo-sac**. Ces images sont en général **centrées dans la cavité** et **sans couronne trophoblastique** (*cf. glossaire*), à l'opposé des sacs gestationnels intra-utérins excentrés et avec couronne trophoblastique.

### Pseudo-sac



Les autres signes sont :

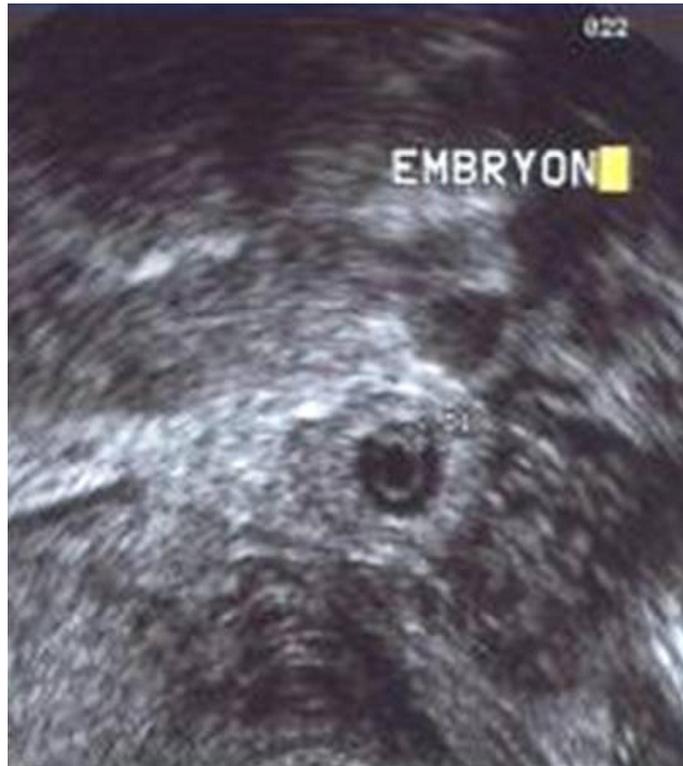
- **Un épanchement liquidien dans le Douglas**, correspondant à un épanchement de sang dans la partie la plus déclive du péritoine (*cf. glossaire*). Il apparaîtra comme une zone noirâtre liquidienne ne pouvant cependant pas permettre d'affirmer la nature de l'épanchement (sang, liquide péritonéal ou de liquide de rupture de kyste).

Aspect échographique d'hémopéritoine



- Une **formation latéro-utérine hétérogène hématosalpinx** (*cf. glossaire*) ou la **visualisation directe du sac ovulaire** à la GEU. Cette image est retrouvée du côté où la douleur est dominante et dans plus de 90 % des cas du côté du corps jaune (*cf. glossaire*).

### Visualisation directe du sac ovulaire à la GEU



*Certains cas sont particuliers :*

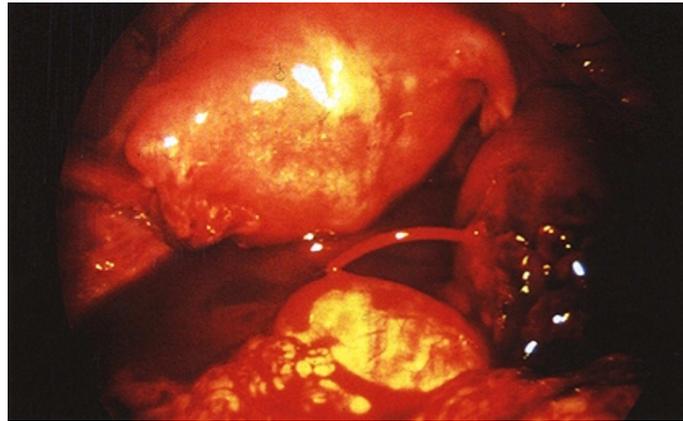
un taux de  $\beta$ -hCG  $> 1\ 500$  UI/L, avec une vacuité utérine sans signe clinique et sans autre signe d'imagerie associé, on conseillera un contrôle à 48 heures et un avis spécialisé.

**Bilan préopératoire (NFS, groupe rhésus TP, TCA, 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,  $\beta$ -hCG plasmatiques et échographie.**

Dans certains cas, s'il persiste un doute diagnostique, on pourra être conduit à réaliser **une coelioscopie (cf. glossaire) à visée diagnostique.**

### Aspect cœlioscopique de GEU



On pourra découvrir un kyste du corps jaune gravidique hémorragique, diagnostic différentiel classique en dehors de la GIU menacée.

**Le traitement** a plusieurs objectifs :

- Traiter la GEU avant qu'elle ne provoque un hémopéritoine,
- Préserver la fertilité,
- Limiter le risque de récurrence,
- Limiter la morbidité thérapeutique,
- Éviter une immunisation rhésus chez les patientes de groupe sanguin rhésus négatif quel que soit le moyen thérapeutique utilisé.

**Les principaux moyens thérapeutiques** sont :

- **Médicaux :**
  - **Le méthotrexate (cf. glossaire) (1mg/Kg) :** c'est le produit le plus utilisé dans le traitement de la grossesse extra-utérine. Il s'agit d'un antinéoplasique (cf. glossaire) cytostatique (cf. glossaire) de type antifolinique inhibant la synthèse des acides nucléiques au sein des cellules.
  - Il est volontiers administré par voie intramusculaire (ou locale per-cœlioscopique ou sous contrôle échographique), plus rarement par voie intraveineuse.

Les applications du traitement médical sont les cas de grossesse extra-utérine paucisymptomatique (cf. glossaire),  $\beta$ -hCG < 5 000 UI/l, hématosalpinx de petite taille, sans hémopéritoine.

- Un bilan pré-thérapeutique est nécessaire (NFS, plaquettes, coagulation, bilan rénal et hépatique). Les dosages de  $\beta$ -hCG devront être surveillés jusqu'à négativation. Un bilan biologique équivalent au bilan pré-thérapeutique doit

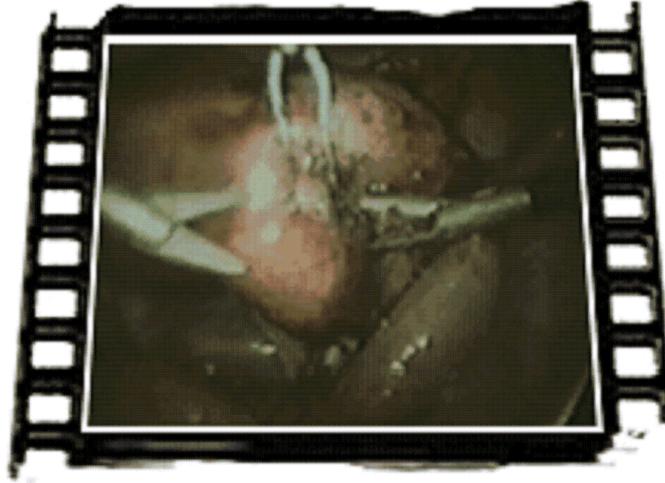
être demandé à la fin de la première semaine. Il est à noter assez souvent **une augmentation fréquente des douleurs pelviennes entre le 1er et le 4e jour suivant l'injection**, une élévation transitoire des  $\beta$ -hCG pouvant survenir à J2 lors de l'utilisation de méthotrexate. Le taux d'échec est d'environ 10 à 20 %. Il est à noter que, lorsque l'inefficacité de la première injection de méthotrexate est diagnostiquée par une décroissance insuffisante des  $\beta$ -hCG, il est possible de réaliser une deuxième injection ultérieurement, ou d'opter pour un traitement chirurgical.

- **Chirurgicaux**

- **La coeliochirurgie** avec chirurgie radicale (salpingectomie (*cf. glossaire*)) ou chirurgie conservatrice (salpingotomie (*cf. glossaire*)). La coelioscopie permettra dans le même temps de réaliser le diagnostic, de faire un bilan lésionnel tubaire et de traiter la patiente.
- La laparotomie (*cf. glossaire*) n'a plus d'indications dans cette situation de GEU non-complicquée.
- Après chirurgie conservatrice, on effectuera une surveillance du taux de  $\beta$ -hCG en postopératoire à 48 heures pour éliminer toute persistance de trophoblaste actif. Le monitoring des  $\beta$ -hCG sera conseillé jusqu'à négativation.
- **Abstention thérapeutique** : Les indications de ce traitement sont limitées et réservées exclusivement aux grossesses extra-utérines asymptomatiques et chez des patientes dont l'hémodynamique et l'hématocrite (*cf. glossaire*) ont stables, avec un taux de  $\beta$ -hCG initial < 1 000 UI/l et avec absence échographique d'hémopéritoine et de sac ovulaire. La surveillance médicale devra être très rapprochée et rigoureuse avec dosages itératifs de  $\beta$ -hCG, hématocrite et également une répétition d'examen échographiques.

Les patientes traitées doivent être informées des risques d'échec.

## Salpingectomie



**Les principales indications** sont :

- GEU peu évolutive et précoce, surveillance possible => Traitement médical, Abstention ;
- GEU évolutive, saignement important => Chirurgie conservatrice si possible ;
- GEU récidivante => Chirurgie radicale (salpingectomie) ;
- Dans les situations intermédiaires => cas par cas.

**La fertilité après traitement de la GEU :**

- **Après traitement chirurgical radical 15 % environ de GEU controlatérale**
- **Après traitement conservateur**

Le risque de récurrence 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 CONDUITE À TENIR (CAT) EN CAS DE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE (GEU) ROMPUE**

---

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

- **Les signes généraux** : ils 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 et angoissée).

- **Au niveau abdominal**, on retrouve un abdomen ballonné ainsi qu'une défense sus-pubienne sans contracture.
- **Les touchers pelviens** sont très douloureux, induisant le cri du Douglas (*cf. glossaire*) 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. **Deux voies veineuses**, 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 préopératoire en urgence** (bilan biologique, coagulation, consultation anesthésique) + dosage hCG sanguins ou urinaires selon les disponibilités du plateau technique,
3. **Surveiller les constantes hémodynamiques**,
4. **Ne pas oublier la prévention de l'immunisation rhésus si nécessaire.**

## **IV CONDUITE À TENIR (CAT) EN CAS D'HEMATOCELE RETRO-UTERINE**

---

L'hématocèle (*cf. glossaire*) rétro-utérine 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 (*cf. glossaire*) et épreinte (*cf. glossaire*) liés à la compression du rectum, pesanteur pelvienne, dysurie (*cf. glossaire*), dyspareunie (*cf. glossaire*) profonde,
- Petits signes irritatifs digestifs : ballonnements, nausées,
- Sur le plan général : subfébricule (*cf. glossaire*), subictère (*cf. glossaire*), asthénie (*cf. glossaire*).

**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. **Le dosage de  $\beta$ -hCG** plasmatique peut être positif. **À l'échographie**, il existe une masse hétérogène au niveau du cul-de-sac de Douglas parfois latéralisée.

## V ANNEXES

---

### GLOSSAIRE

- antinéoplasique : Anticancéreux.
- asthénie : Affaiblissement de l'organisme, fatigue physique. Par extension, elle peut concerner l'état psychique, la libido ou l'intellect.
- bilharziose : Bilharziose ou schistosomiase : Maladie chronique et débilitante dont la prévalence atteint les 180 millions d'individus. Le parasite responsable, *Schistosoma haematobium*, a été identifié en 1851 par le parasitologiste allemand Théodore Bilharz, d'où le nom de la maladie. Cette parasitose, retrouvée en zones tropicales et subtropicales en Afrique, en Amérique du Sud et en Asie, est responsable d'environ 280000 décès chaque année. La morbidité observée chez les populations humaines infectées est essentiellement liée à l'étonnante fécondité du parasite femelle dont les œufs, pondus par centaine chaque jour, sont piégés dans de nombreuses muqueuses et tissus, ce qui est à l'origine de la pathologie.
- chlamydiae trachomatis : Bacille de Gram indéterminé, parasite intracellulaire obligatoire. Cette bactérie est responsable de l'urétrite à chlamydia (ou chlamydiose), maladie sexuellement transmissible qui est la plus fréquente en France (50 fois plus fréquente que la gonorrhée, elle même plus fréquente que la syphilis). Son réservoir est strictement humain. Il existe 15 sérotypes, possédant un tropisme tout particulier pour les muqueuses génitales et oculaires.
- Citrate de Clomifène : Inducteur de l'ovulation le plus simple à manier, le plus économique et le plus sûr. Toutefois, en matière de Syndrome des Ovaires PolyMicroKystiques (SOPMK) et ses nombreuses variantes, terrain d'élection du CC, il convient de rappeler que la toute première mesure est l'intervention nutritionnelle qui s'avère bien souvent nécessaire (et parfois suffisante) dans une situation où le poids est volontiers excessif.
- cœliochirurgie : Technique chirurgicale permettant d'intervenir sous endoscopie dans la cavité abdominale. Elle est l'extension à la chirurgie d'une technique diagnostique, la cœlioscopie. En gynécologie et obstétrique, la cœliochirurgie permet de traiter certaines formes de stérilité par la libération d'adhérences formées autour des trompes ; elle est utilisée dans certaines affections des ovaires ou de l'utérus. Dans le cas d'une grossesse extra-utérine, la cœlioscopie établissant le diagnostic est parfois suivie d'une intervention durant laquelle le chirurgien enlève

soit l'œuf lui-même, soit la trompe de Fallope si son état ne permet pas la conservation. Elle permet également d'effectuer des interventions plus lourdes (ablation de l'utérus pour des maladies bénignes ou cancéreuses, traitement du prolapsus génital, prélèvement de ganglions en chirurgie oncologique), ces interventions sont soit entièrement réalisées par coelioscopie, soit par une association de coelioscopie et de chirurgie par voie vaginale (association que l'on appelle laparoscopico-vaginale).

- **coelioscopie** : Coelioscopie ou laparoscopie : Technique chirurgicale mini-invasive de diagnostic (coelioscopie proprement dite) et d'intervention (coelioscopie) sur la cavité abdominale, de plus en plus utilisée sur l'appareil digestif (chirurgie viscérale), en gynécologie, et en urologie. Elle fait partie des techniques d'endoscopie chirurgicale.
- **corps jaune** : Corps jaune ou corpus luteum : Glande endocrine se développant dans l'ovaire mais de façon intermittente et cyclique, et qui résulte de la transformation du follicule de De Graaf (follicule mûr ou encore déhiscent) après expulsion de l'ovocyte lors de l'ovulation. Le corps jaune sécrète une hormone : la progestérone.
- **cri du Douglas** : Douleur très vive lors du toucher vaginal (pratiqué avec l'index et le médium qui sont recouverts d'un gant généralement enduit d'un liquide lubrifiant), provoquée par le contact du bout des doigts dans une zone située entre l'utérus et le rectum, en arrière, au niveau du cul-de-sac de Douglas. Le doigt introduit dans le cul-de-sac postérieur déclenche une douleur intense accompagnée d'un cri : c'est ce qu'on appelle le « cri du Douglas », poussé même par les malades inconscientes. Le cri du Douglas survient entre autres en cas de grossesse extra-utérine et traduit un éclatement de la trompe où s'est effectuée la nidation (qui normalement se fait dans la cavité de l'utérus).
- **cul-de-sac de Douglas** : Cul-de-sac de Douglas ou cul-de-sac recto-vaginal : Repli du péritoine entre l'utérus et le rectum, formant un cul-de-sac recto-vaginal. Le cul-de-sac de Douglas est l'endroit où s'accumulent les liquides qui peuvent se trouver par accident dans la cavité péritonéale (sang, pus, etc.). Cet endroit du corps est accessible par le toucher rectal, ce qui permet le diagnostic de nombreuses pathologies. Chez l'homme, ce cul-de-sac est simplement l'extrémité inférieure de la cavité péritonéale, entre la face postérieure de la vessie et la face ventrale du rectum.
- **cul-de-sac vaginal** : Cul-de-sac vaginal ou fornix : Cavité vaginale entourant le col de l'utérus.
- **cytostatique** : Qui a la propriété de bloquer ou ralentir la synthèse, le fonctionnement ou la multiplication cellulaires (mitose, division cellulaire). Les médicaments administrés dans le cadre d'une chimiothérapie sont appelés cytostatiques.

- **cytotrophoblaste** : Cytotrophoblaste ou couche de Langhans : Germe, qui a un rapport avec le développement embryonnaire. Le trophoblaste de l'embryon humain, au 7<sup>e</sup> jour, va donner le syncytiotrophoblaste et le cytotrophoblaste, qui est formé par les cellules accolées au pôle embryonnaire du blastocyste. Il est constitué de cellules individualisées mononucléées.
- **Distilbène** : Nom commercial du diéthylstilbestrol, œstrogène synthétique dont l'indication était le cancer de la prostate. Ce produit a été retiré du marché des médicaments en raison des risques importants de cancer et malformations (entre autres) liés à son utilisation en obstétrique. Le nombre de naissances issues de ces grossesses concernerait environ 200000 individus.
- **diverticulaires** : Diverticule : Saillie de forme arrondie dont la grosseur peut aller de la taille d'un pois jusqu'à celle d'une grosse noisette.
- **dyspareunie** : Dyspareunie ou algopareunie : Douleur de nature et d'intensité variables ressentie lors des rapports sexuels. Presque systématique lors du premier rapport vaginal due au déchirement de l'hymen. Elle devient en revanche incapacitante lorsqu'elle a lieu à tous les rapports suivants. Les douleurs peuvent être les symptômes de pathologies le plus souvent bénignes mais parfois graves, aussi est-il fortement conseillé de demander l'avis d'un médecin gynécologue qui, seul, pourra répondre à toutes interrogations, poser un diagnostic et envisager un traitement.
- **dysurie** : Difficulté à l'évacuation de la vessie. La dysurie est souvent méconnue car indolore et d'installation progressive. On décrit la dysurie d'attente, initiale au début de la miction, et la dysurie de poussée, parfois terminale. Cette dysurie s'accompagne d'une diminution de la force du jet. On en rapproche les mictions en deux temps, les gouttes retardataires, et la sensation de vessie non vide en fin de miction.
- **ectopique** : Ectopie : Position anormale d'un organe.
- **endométriose** : Présence de cellules endométriales en dehors de la cavité utérine (cavité péritonéale et ovaire). L'endométriose est une maladie bénigne mais incurable, encore mystérieuse pour la communauté médicale. Ni son origine, ni son remède ne sont déterminés à ce jour, bien que plusieurs hypothèses aient été émises (notamment le rôle du reflux d'endomètre par les trompes de Fallope dans la cavité pelvienne, lors des règles). 80 % des endométrioses ont une localisation ovarienne. Les lésions d'endométriose, outre la sphère gynécologique, peuvent également se situer sur les organes digestifs, dont le rectum, sur la vessie, voire sur les reins. Dans de rares cas, des atteintes pulmonaires se produisent.

- endométrite : Infection de l'endomètre. Elle fait le plus souvent suite à l'accouchement, mais elle peut aussi être causée par un geste endo-utérin (interruption volontaire de grossesse, hystérosalpingographie). L'endométrite du post-partum est une complication infectieuse commune de l'accouchement. Le premier signe en est la fièvre. Son diagnostic et son traitement permettent d'éviter l'extension de l'infection au péritoine et au pelvis.
- épreinte : Douleur abdominale – de type colique s'accompagnant d'une contraction douloureuse et répétitive – de la partie terminale du côlon et du rectum s'achevant par une fausse envie pressante et impérieuse d'aller à la selle.
- fosses iliaques : Fosse iliaque : Face interne, large et légèrement concave de chaque aile iliaque. La fosse formée par la branche horizontale du pubis et par l'ischion crée un bassin où se trouvent les organes de la partie inférieure de la cavité abdominale. Le terme pelvis est un dérivé du mot latin signifiant bassin.
- grossesses angulaires : Grossesse angulaire : Grossesse caractérisée par l'implantation de l'œuf dans une corne utérine.
- grossesses cervicales : Grossesse cervicale : Variété de grossesse dans laquelle l'œuf s'implante dans le canal cervical au-dessous de l'orifice interne du col.
- grossesses hétérotopiques : Grossesse hétérotopique ou ditopique : Association d'une grossesse intra-utérine et d'une grossesse extra-utérine. Exceptionnelle, elle est devenue plus fréquente depuis l'essor de la procréation médicalement assistée et notamment des inducteurs de l'ovulation.
- hCG : bêta-hCG ou HCG ou Hormone Gonadotrophine Chorionique ou Hormone Chorionique Gonadotrope (HCG) : Hormone glycoprotéique produite dès le début de la grossesse, fabriquée par l'embryon peu de temps après la conception et plus tard par le trophoblaste (partie du placenta).
- hématocèle : Certaines hémorragies provenant de kystes des organes génitaux de l'homme ou du pelvis chez la femme.
- hématocrite : Pourcentage relatif du volume des cellules circulant dans le sang par rapport au volume total du sang. Ce pourcentage correspond au rapport entre le volume qu'occupent les cellules circulantes du sang après centrifugation d'un prélèvement sanguin veineux et le volume centrifugé. C'est une approximation surestimée du volume qu'occupent les érythrocytes (globules rouges). L'examen permettant de déterminer l'hématocrite s'appelle un hématocrite. Il est quasiment toujours couplé à la numération des érythrocytes. Cette mesure est indispensable pour calculer le Volume Globulaire Moyen (VGM) et la Concentration Corpusculaire Moyenne en Hémoglobine (CCMH).

- hématosalpinx : Épanchement de sang au niveau de la trompe de l'utérus, dû le plus souvent à une grossesse extra-utérine.
- hémopéritoine : Épanchement de sang dans la cavité péritonéale, cavité virtuelle délimitée par les deux feuillets du péritoine, membrane qui tapisse d'une part la paroi de l'abdomen, d'autre part les organes abdominaux. Un hémopéritoine est le signe d'une lésion viscérale ou vasculaire. Il est dû en général à un traumatisme violent provoquant la rupture d'un organe plein (foie, rate). Il s'observe également en cas de grossesse extra-utérine ayant entraîné une rupture de la trompe. Moins fréquemment, il est lié à la présence d'une tumeur intra-abdominale. Lorsqu'il y a rupture d'un anévrisme de l'aorte abdominale, on parle d'un hémorétropéritoine.
- hypoéchogène : Qui ne génère que peu d'échos en échographie, donnant des plages d'un gris très sombre, proches du noir sur l'écran de l'échographe.
- isthme : Mal individualisé, il correspond au segment de transition entre le col et le corps. Il est parfois marqué radiologiquement par une légère striction. Sa largeur est de 0,5 cm en moyenne, mais subit des variations physiologiques puisqu'il s'élargit en phase prémenstruelle (on parle de « béance » de l'isthme lorsqu'elle dépasse 11 mm). À l'inverse du canal cervical, les images d'addition sont pathologiques et traduisent l'existence d'une endométriose.
- laparotomie : Acte chirurgical consistant en l'ouverture de l'abdomen par une incision laissant le passage direct à d'autres actes chirurgicaux sur les organes abdominaux et pelviens. La laparotomie est une voie d'abord chirurgicale. Différentes incisions sont possibles. La plus courante est une ouverture allant du pubis au bord inférieur du sternum (appelée laparotomie médiane xyphopubienne). Dans le cadre de certaines interventions en chirurgie gynécologique, notamment les césariennes, la laparotomie est horizontale et très basse, à la limite des poils pubiens. Elle est nommée incision de Pfannenstiel.
- Lévonorgestrel : Lévonorgestrel ou progestagène lévonorgestrel : Hormone utilisée comme pilule du lendemain.
- lipothymie : Malaise sans perte de connaissance (ou perte de connaissance incomplète), progressif. Plusieurs termes populaires désignent ce symptôme : malaise, vertige, lourdes, évanouissements, vapeurs, etc. La lipothymie se caractérise par la survenue brutale d'une sensation d'évanouissement imminent, avec impression d'un « vide », perte d'équilibre, bouffées de chaleur, champ de vision qui se rétrécit, oppression respiratoire, apparition « d'étoiles » devant les yeux, grande faiblesse et angoisse brutale. Il ne faut pas confondre la lipothymie et la syncope qui, quant à elle, correspond à un malaise avec perte de connaissance brutale, brève, spontanément réversible, liée à une diminution brusque du débit sanguin cérébral. La signification pathologique de ces deux événements est

cependant la même, et une lipothymie doit être explorée avec autant de soins qu'une syncope vraie. À noter que la lipothymie peut rester isolée ou précéder la perte de connaissance.

- méthotrexate : Méthotrexate (MTX) (anciennement améthoptérine) : Agent de la classe des antimétabolites, utilisé dans le traitement de certains cancers et dans les maladies auto-immunes. Il inhibe la dihydrofolate réductase, une enzyme capitale dans le métabolisme de l'acide folique.
- métrorragie : Saignement génital survenant en dehors des règles. On peut avoir des métrorragies après la ménopause ou à cause d'une grossesse extra-utérine rompue. Dans ce dernier cas le fœtus peut s'être développé dans les trompes (au lieu de l'utérus) et ainsi, rompre un vaisseau sanguin. La métrorragie peut ainsi signer un hémopéritoine. C'est une urgence médicale. Le terme métrorragie ne préjuge en rien de l'abondance du saignement. Il ne faut pas confondre métrorragie avec ménorragie, qui définit des règles anormalement longues et abondantes.
- microprogestative : Microprogestatif : Classe de contraceptifs chimiques caractérisés par leur faible dosage en progestatif de synthèse.
- paucisymptomatique : Qui présente très peu de symptômes.
- péritoine : Membrane séreuse continue (formée par une couche simple de cellules épithéliales) qui tapisse l'abdomen, le pelvis et ses viscères, délimitant l'espace virtuel de la cavité péritonéale. Il comprend deux feuillettes en continuité l'un avec l'autre (cette précision est importante pour bien comprendre ce qu'est un organe rétropéritonéal, péritonisé et intrapéritonéal) : le péritoine viscéral (qui tapisse l'extérieur des organes) ; le péritoine pariétal (qui tapisse la face interne des parois de l'abdomen).
- salpingectomie : Ablation chirurgicale des trompes de Fallope.
- salpingite : Inflammation d'une, ou des deux (dans 60 % des cas) trompes de Fallope. Infections sexuellement transmissibles, gonocoques et chlamydiae sont principalement en cause.
- salpingotomie : Ouverture d'une trompe de Fallope. Elle est souvent réalisée sous coelioscopie, mais aussi par laparotomie. Elle permet entre autres d'évacuer une Grossesse Extra-Utérine (GEU) par aspiration, lorsque l'état de la trompe permet sa conservation (traitement conservateur). Dans le cas contraire il faudra réaliser une salpingectomie consistant en l'ablation de la trompe (traitement radical).
- spéculum : Outil médical - généralement en métal ou à usage unique en plastique - permettant d'explorer une cavité corporelle par l'écartement des parois.

- stérilet à la progestérone : Stérilet délivrant des hormones (progestérone) en continu et qui supprime l'apparition des règles.
- œstrogène : Groupe de stéroïdes, dont la fonction, à l'état naturel, est d'être une hormone sexuelle femelle primaire. Ils sont produits en premier lieu par le développement des follicules des ovaires, le corps jaune (corpus luteum) et le placenta. Certains œstrogènes sont également produits en petites quantités par d'autres tissus tels le foie, la surrénale, les seins et le tissu adipeux. Ces sources secondaires d'œstrogènes sont particulièrement importantes chez les femmes lors de la post-ménopause. Les trois œstrogènes naturels sont l'estradiol, l'estriol et l'estrone. Bien que les œstrogènes soient présents dans les deux sexes, on en trouve une quantité significativement plus importante chez les femmes que chez les hommes. Elles favorisent le développement des caractères sexuels secondaires, comme les seins, et sont également impliquées dans le contrôle du cycle menstruel, ce qui explique pourquoi la plupart des pilules contraceptives en contiennent. L'usage d'œstrogènes, en particulier associés à la progestérone, est un traitement (traitement de substitution hormonale) controversé des symptômes de la ménopause. En plus de leurs rôles dans la reproduction, féminine mais aussi masculine, les œstrogènes sont impliqués dans le développement du système nerveux central, dans l'homéostasie du squelette et du système cardiovasculaire. Ils ont également des effets sur le foie et le tissu adipeux.
- subfébricule : Fièvre très élevée.
- subictère : Forme atténuée d'un ictère.
- ténésme : Tension douloureuse, au niveau de l'anus ou de la vessie, avec sensation de brûlure et envie constante d'aller à la selle ou d'uriner. Cette tension apparaît avant ou après l'évacuation du rectum ou de la vessie. On retrouve ce symptôme dans les inflammations du rectum ou de la vessie, d'origine infectieuse, parasitaire ou tumorale. Le ténésme se différencie des épreintes, qui sont des douleurs coliques et rectales, associées à une fausse envie d'aller à la selle.
- trophoblastique : Trophoblaste : Couche cellulaire continue formée de fibroblastes qui limite l'œuf, devenu blastocyste au 6<sup>e</sup> jour après la fécondation. Des cellules du trophoblaste peuvent être prélevées pour un Diagnostic PréNatal (DPN). Le trophoblaste est à l'origine d'une hormone spécifique de la grossesse : la Gonadotrophine Chorionique.
- tuberculose : Maladie infectieuse transmissible et non immunisante, avec des signes cliniques variables. Elle est provoquée par une mycobactérie du complexe tuberculosis correspondant à différents germes et principalement Mycobacterium tuberculosis (ou Bacille de Koch (BK)).

## **BIBLIOGRAPHIE**

- : Grossesse extra-utérine (item 18). Université Louis Pasteur (ULP), Faculté de Médecine de Strasbourg; 2002.
- : La prise en charge des Grossesses Extra-Utérines (GEU) : texte des recommandations. La revue Sage-femme. 2004 Feb;3(1):17-20.
- Bernard P. : Grossesse extra-utérine (18). Faculté de médecine de Grenoble, Unives; 2005 Apr.
- Bouyer J. : Épidémiologie de la grossesse extra-utérine : incidence, facteurs de risque et conséquences. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2003 Nov;32(S7):8-17.
- Buss, Jan, Stucki D. : La grossesse ectopique : un challenge de diagnostic et de traitement. Forum Médical Suisse. 2005;5:519-524.
- Chapron C, Fernandez H, Dubuisson JB. : Le traitement de la grossesse extra-utérine en l'an 2000. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2000 Jun; 29(4):351.
- Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), Conférence nationale des PU-PH en Gynécologie-Obstétrique. : Item 18 : Grossesse extra-utérine. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2006. p. 305-311.
- Degrée S, Dricot JF, Lamborelle S, Dubois M, Foidart JM, Nisolle M. : Comment je traite... une grossesse extra-utérine. Revue Médicale de Liège. 2006;61(12):797-803.
- Dessolle L, Daraï E, Detchev R. : Chirurgie de la grossesse extra-utérine. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Techniques chirurgicales - Gynécologie. 2002; 41-530.
- Doumerc S, Nazac A, Fernandez H. : Diagnostic échographique des grossesses extra-utérines. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2003 Sept;32(5):401-412.
- Dupuis O, Clerc J, Madelenat P, Golfier F, Raudrant D. : Grossesse extra-utérine. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Obstétrique. 2009; 5-032-A-30.
- Fauconnier A, Mabrouk A, Heitz D, Ville Y. : Grossesse extra-utérine : intérêt et valeur de l'examen clinique dans la stratégie de prise en charge. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2003 Nov;32(S7):18-27.
- Freund M. : Grossesse extra-utérine. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Urgences. 1992; 24-211-A-10.

- Gervaise A, Fernandez H. : Prise en charge diagnostique et thérapeutique des grossesses extra-utérines. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2010 May;39(3S):F17-F24.
- Gervaise A. : Conduite à tenir en cas de prise en charge non chirurgicale d'une grossesse extra-utérine. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2003 Nov;32(S7):64-74.
- Greingor JL, Lazarus S, Hayek G, Aussedat M, Polo M. : La grossesse extra-utérine : on n'y pense jamais assez. *Journal Européen des Urgences*. 2006 Jun;19(2):69-70.
- Guérin du Masgenêt B, Coquel P. : Chapitre 3 : Diagnostic précoce de la grossesse intra et extra-utérine. In: Guérin du Masgenêt B, Robert Y, Bourgeot P, Coquel P. *Échographie en pratique obstétricale*. 4e Ed. Paris: Masson: 2009 Oct.
- Jourdain O, Fontanges M, Schiano A, Rauch F, Gonnet JM. : prise en charge des autres ectopies annexielles (cornuale, interstitielle, angulaire, ovarienne). *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2003 Nov;32(S7):93-100.
- Mikou F, Zakaria Kamri M, Boufettal H, Jebara H, El Karroumi M, Ghazli M, Matar N. : Grossesse gémellaire extra-utérine : diagnostic particulièrement difficile. *Imagerie de la Femme*. 2009 Sept;19(3):198-199.
- Monnier-Barbarino P. : Grossesse extra-utérine : apport des examens paracliniques hors échographie. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2003 Nov;32(S7):39-53.
- Orazi G, Cosson M. : Traitement chirurgical de la grossesse extra-utérine. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2003 Nov;32(S7):75-82.
- Pasquier-Marouteau N, Lemercier E, Genevois A, Dacher JN, Thiébot J. : Imagerie des grossesses extra-utérines. *Feuilles de Radiologie*. 2003 Dec;43(6):477-483.
- Riethmuller D, Courtois L, Maillet R, Schaal JP. : Prise en charge de la grossesse extra-utérine : les autres ectopies (cervicales et abdominales). *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2003 Nov;32(S7):101-108.
- Savary D, Fernandez H, Canis M. : Grossesse extra-utérine non rompue : quelles modalités thérapeutiques ? *Annales de chirurgie*. 2004 May;129(4):232-236.

## **RECOMMANDATION**

- Madelenat P, Goffinet F, Dreyfus M, Ardaens Y, Bouyer J, Canis C, et al. *Recommandations pour la pratique clinique : Prise en charge de la grossesse extra-*

utérine. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF);  
2003. : [http://www.cngof.asso.fr/D\\_PAGES/PURPC\\_11.HTM](http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_11.HTM)

## **ABREVIATIONS**

- CAT : Conduite À Tenir
- CC : Citrate de Clomifène
- DIU : Dispositif Intra-Utérin
- FIVETE : Fécondation In Vitro Et Transfert d'Embryon
- GEU : Grossesse Extra-Utérine
- GIU : Grossesse Intra-Utérine
- hCG : Human Chorionic Gonadotropin (Hormone Chorionique Gonadotrope humaine)
- IST : Infection Sexuellement Transmissible
- NFS : Numération Formule Sanguine
- SA : Semaine d'Aménorrhée
- TA : Tension Artérielle
- TCA : Temps de Céphaline Activée
- TP : Taux de Prothrombine
- TR : Toucher Rectal
- TV : Toucher Vaginal
- UI : Unité Internationale