

La grossesse extra-utérine

Professeur Gilles Body
Centre Olympe de Gouges
Service de gynécologie obstétrique A
Groupement de Gynécologie Obstétrique, Médecine fœtale et Reproduction humaine.
Hôpital Bretonneau CHRU de Tours.

La grossesse extra-utérine (GEU) représente environ 1% des grossesses.

Bien que son diagnostic soit pratiquement toujours fait à un stade précoce dans les pays développés, il arrive encore que le diagnostic soit fait tardivement, situation mettant alors en jeu le pronostic fonctionnel et éventuellement vital de la femme. C'est ce qui explique que la GEU soit encore responsable d'environ 6% de la mortalité maternelle. Dans les pays en voie de développement, en Afrique en particulier, les chiffres de mortalité maternelle liée à la GEU restent élevés.

Dans le cadre des urgences en gynécologie obstétrique c'est à cette dernière situation et à elle seule que nous nous intéressons ici.

I. Diagnostic.

Nous avons distingué deux situations, l'une correspondant à une situation de semi-urgence, et l'autre à une situation d'urgence vraie, survenant chez une femme en période d'activité génitale.

a. GEU symptomatiques sans signe de gravité

i. Diagnostic clinique

1. signes fonctionnels (interrogatoire)

- Douleur : spontanée, localisée au niveau du pelvis, en général unilatérale dans l'une des deux fosses iliaques, dont le type n'est pas toujours caractéristique.
- Métrorragies : peu abondantes, d'aspect noirâtre.
- Retard de règles : sa durée doit être appréciée (ici ≥ 15 jours) en tenant compte de la date des dernières règles (DDR) et de la régularité des cycles.
- Recherche de facteurs de risque : antécédent de GEU, antécédents de chirurgie tubaire ou d'autre(s) chirurgie(s) pelvienne(s) (appendicectomie), antécédents de salpingite, tabagisme, traitement inducteur de l'ovulation, contraception par stérilet.
- Antécédents : médicochirurgicaux, gynécologiques et obstétricaux

2. signes généraux

« Par définition », ils sont absents ici : le pouls et la tension artérielle sont normaux, il n'existe pas de signes d'anémie. Seuls peuvent (éventuellement) être retrouvés des signes sympathiques de grossesse.

3. examen clinique

- examen abdominal : paroi abdominale souple, douleur à la palpation profonde, voire défense localisée, dans une fosse iliaque (= signes d'irritation péritonéale).
- examen gynécologique : col normal, voire violacé ; le toucher vaginal doit être prudent (risque de rompre la GEU) : utérus de taille normale, pouvant être ramolli, palpation d'une masse latéro-utérine douloureuse, douleur franche à la mobilisation utérine.
- Toucher rectal (TR) : douloureux.
- examen général

Devant l'association retard de règles + douleur pelvienne unilatérale + métrorragies noirâtres + masse latéro-utérine, le diagnostic de GEU doit être évoqué. Les examens complémentaires vont confirmer le diagnostic de grossesse et en préciser la localisation.

ii. Quels examens complémentaires ?

1. Bilan biologique

- Bilan pré-opératoire : groupe sanguin, NFS, bilan de coagulation.
- Et surtout dosage de l'HCG : seul le dosage quantitatif (urinaire) est utile ici, l'objectif étant seulement de vérifier si la patiente est ou non enceinte. Se rappeler des causes de faux positifs : hématurie ou contamination par du sang, protéinurie, bactériurie.

2. Echographie pelvienne (voie endovaginale +++)

- Confirme le diagnostic de GEU : utérus vide (ou contenant une image de pseudo-sac), éventuellement image de sac ovulaire latéro-utérin avec possibilité de voir l'embryon et son activité cardiaque (le diagnostic est alors certain), épanchement modéré dans le cul-de-sac de Douglas.
- Elimine les autres diagnostics possibles (beaucoup plus fréquents) : grossesse intra-utérine évolutive, avortement spontané.

b. GEU symptomatique avec signes de gravité

La patiente est amenée aux urgences par le SAMU ou tout autre moyen de transport urgent. En raison du contexte de gravité, la prise en charge thérapeutique est prioritaire et la démarche diagnostique réduite au strict minimum utile, concomitante des premiers gestes d'urgence.

i. Diagnostic clinique

1. signes généraux : tableau de collapsus ou d'état de choc (pouls rapide et filant, tension artérielle basse), signes d'anémie (pâleur cutanéomuqueuse).
 2. l'interrogatoire se limite (si possible) à rechercher quelques notions principales : retard de règles, douleur pelvienne violente et d'apparition brutale, métrorragies.
 3. examen clinique :
- examen abdominal : défense pariétale généralisée avec matité des flancs, douleur irradiant dans les épaules (signant la présence d'un hémopéritoine diffus).
 - examen gynécologique : limité au TV qui est douloureux.
 - TR : douloureux (« cri du Douglas »).

ii. Démarche paraclinique

1. Bilan pré-opératoire demandé en urgence +++ (cf ci-dessus)
 2. Dosage quantitatif urinaire de l'HCG (si possible)
 3. Echographie pelvienne
- Si possible, à condition que l'appareil d'échographie soit disponible immédiatement dans la salle d'examen.
 - Apport de toutes façons limité : vérifie seulement la vacuité de l'utérus et surtout la présence d'un épanchement intrapéritonéal diffus allant jusque sous les coupes diaphragmatiques. Dans cette situation la GEU ne peut pas être visualisée, du fait de la rupture tubaire ou de l'avortement tubo-abdominal.

II. Conduite à tenir

a. GEU symptomatique sans signe de gravité

La prise en charge peut se faire dans 2 circonstances différentes :

- à l'issue de la démarche diagnostique rappelée plus haut ;
- plus rarement, après échec du traitement médical (Méthorexate®) d'une GEU préalablement diagnostiquée, continuant d'évoluer et devenant symptomatique.

i. La programmation opératoire

1. L'hospitalisation : la patiente doit obligatoirement être gardée en hospitalisation et sous surveillance (pouls, tension artérielle, symptômes).
2. l'information de la patiente : la patiente doit être informée de la nature des gestes qui seront réalisés, et qui dépendront de son âge, de sa parité, de ses antécédents et de son désir de grossesse ultérieure. Deux points doivent obligatoirement être discutés :
 - la conservation ou non de la trompe malade ;
 - la salpingectomie controlatérale (en cas d'hydrosalpinx, surtout si une FIV était envisagée) ou la mise en place d'un clip (patiente ne désirant plus d'enfant et présentant un mauvais état tubaire).
3. le délai opératoire : l'intervention est programmée dans les quelques heures suivant l'admission de la patiente ou seulement le lendemain, décision à prendre d'abord en fonction du bilan clinique et paraclinique, ensuite en fonction de la disponibilité du bloc opératoire.

ii. La prise en charge chirurgicale

1. Il n'y a ici aucune place pour le traitement médical +++
 2. La prise en charge chirurgicale se fait par voie coelioscopique
- Confirmation du diagnostic
 - Traitement conservateur (salpingotomie) ou traitement radical (salpingectomie) ? Le traitement conservateur doit être privilégié d'une manière générale car il permet de meilleures chances de grossesses intra-utérines ultérieures sans pour autant majorer le risque de récurrence. Le geste comporte ici plutôt une salpingectomie pour les raisons suivantes :
 - o le diagnostic est fait tardivement (taille plus ou moins volumineuse de la GEU, pouvant être à un stade de pré rupture) ;

- il faut également prendre en compte l'état de la trompe, qui peut faire craindre un risque de récurrence (ainsi que celui de la trompe controlatérale : lorsque celle-ci est saine, on est moins tenté de conserver la trompe malade) ;
- de plus une hémostase satisfaisante peut parfois ne pas être obtenue.

Pour ceux qui auraient besoin d'une « aide à la décision », existe le score de Pouly (voir en annexe).

- La trompe controlatérale : son état doit toujours être décrit dans le compte-rendu opératoire ; de même doivent être précisées la présence et l'étendue d'éventuelles adhérences pelviennes (pour l'appréciation du pronostic fonctionnel ultérieur).
- Eventuellement instillation intra péritonéale, en fin d'intervention, d'une solution destinée à prévenir les adhérences post-opératoires (Adept®...).

iii. Cas particuliers

1. la grossesse interstitielle : injection in situ de Méthotrexate® (1mg/kg) en cours de coelioscopie (taux de succès > 80%), ou résection de la corne utérine.
2. la grossesse développée dans la corne borgne d'un utérus pseudo-unicorné (aplasie utérine unilatérale incomplète) : ablation de la corne utérine rudimentaire (ou hémihystérectomie), très facilement réalisable en coelioscopie.

b. GEU symptomatique avec signes de gravité

i. Les premiers gestes : ils sont réalisés

1. dans une salle correctement équipée et autant que possible proche du bloc opératoire ;
2. conjointement avec l'anesthésiste :
 - a. bilan sanguin : NFS, TP et TCA, groupe sanguin, Rhésus et recherche d'agglutinines irrégulières (RAI) ;
 - b. mise en place d'une voie d'abord ;
 - c. réanimation : macromolécules puis transfusions (sang demandé en urgence)
 - d. mise en place d'une sonde urinaire pour la surveillance de la diurèse (sinon au bloc opératoire)

ii. Le transfert au bloc opératoire : nécessite quelques conditions :

1. bloc opératoire prêt ;
2. patiente stabilisée sur le plan hémodynamique ;
3. champ opératoire fait (sinon réalisé au bloc opératoire).

iii. La prise en charge chirurgicale

1. voie d'abord
 - a. pas de place ici pour la coelioscopie ++++
 - b. laparotomie :
 - médiane sous ombilicale ;
 - transversale, uniquement si le diagnostic est certain
2. geste sur la trompe : la salpingectomie est habituellement la règle, car l'état de la trompe ne permet pas sa conservation.
3. exploration de l'ensemble de la cavité abdominopelvienne et évacuation de l'hémopéritoine avec lavage abondant de la cavité péritonéale
4. cas particuliers :

- on a parfois la surprise de s'apercevoir que l'hémopéritoine n'est pas du à une GEU, mais à la rupture hémorragique d'un corps jaune ou d'un kyste de l'ovaire, et exceptionnellement d'une cause non gynécologique (rupture d'un anévrisme de l'artère splénique ...) : → l'intérêt de la laparotomie médiane pouvant être agrandie vers le haut dans ce contexte d'urgence.
- En cas de grossesse interstitielle : résection de la corne utérine
- En cas de grossesse développée dans la corne rudimentaire d'un utérus borgne, hémihystérectomie.

III. Surveillance et recommandations post-opératoires

a. Suites opératoires

- i. Elles sont simples et ne posent pas de problème particulier.
- ii. La seule particularité est la surveillance de la décroissance puis de la normalisation de l'HCG en cas de traitement chirurgical ayant conservé la trompe.
- iii. A la sortie de la patiente : proposer une contraception, au moins pour quelques mois (oestroprogestatifs +++).
- iv. En cas de transfusions : penser au contrôle sérologique, HIV, hépatites B et C (HBV, HCV), ALAT et ASAT, à faire entre 2 et 4 mois après la transfusion.

b. Recommandations : elles concernent essentiellement une grossesse future

- i. Faire le diagnostic précoce de la localisation intra-utérine par une échographie.
- ii. Considérer l'utérus comme cicatriciel en cas de salpingectomie avec résection de la corne utérine pour une grossesse interstitielle (des cas de rupture utérine ont été rapportés).

Référence bibliographique utile :

Recommandations pour la pratique clinique, élaborées par le Collège des Gynécologues Obstétriciens Français. J. Gynécol. Obstet. Biol. Reprod. 2003, 32 (supplément au n°7)

Score thérapeutique de la GEU
(POULY et BRUHAT)

Facteurs affectant la fertilité après GEU	Coefficient
Antécédent d'une GEU	2
Pour chaque GEU supplémentaire	1
Antécédents d'adhésiolyse coelioscopique *	1
Antécédent de microchirurgie tubaire	2
Trompe unique	2
Antécédent de salpingite	1
Adhérences homolatérales	1
Adhérences controlatérales **	1

* Ne prendre en compte qu'un seul antécédent.

** Si la trompe controlatérale est absente ou obstruée, compter trompe unique.

Conduite à tenir en fonction du score :

- Score ≤ 3 : un traitement conservateur est possible.
- Score ≥ 4 : une salpingectomie est souhaitable.