



La grossesse extra-utérine

Ectopic pregnancy

الحمل المنتبذ

H. Hssain, R. Berrada, A. El Ghanmi, D. Ferhati

الملخص : مقدمة : يعرف الحمل المنتبذ بغرس الحمل خارج الرحم. يجب التفكير في هذه الطارئة النسائية عند كل امرأة في سن الخصوبة نظرا لمعدل الوفيات الناتج عنها. مواد وطرق : تهم الدراسة سلسلة إستعدادية مكونة من تسعة وسبعين حالة من الحمل المنتبذ سجلت بمصلحة الطوارئ النسائية والتوليدية من سنة 2007 إلى سنة 2009 .

نتائج : هذه الحالة المرضية المميتة في غياب معالجة مناسبة مثلت 3,1 بالمائة من نشاط المركب الجراحي للمستعجلات النسائية والتوليدية. معدل سن المرضى هو ثلاثون عاما مع هيمنة حالات التضون وعوامل الخطر للحمل المنتبذ. الأعراض السريرية الملاحظة كانت اعتيادية ومتغايرة. وقد هيمنت عليها حالات الضهي، النزف الرحمي والآلام البطنية والحوضية. أما فيما يخص التشخيص سريري فلقد اعتمد على الزوج : الهرمون المشيمائي القندي وتخطيط الصدى الحوضي أو المهبطي. في هذه السلسلة موضوع الدراسة، المعالجة كانت دائما جراحية عن طريق فتح البطن بشق جنب الناصف أو شق ناصف، وقد اعتمدت نادرا على التنظير الداخلي، هذا وقد كانت جذرية في غالبيتها عن طريق استئصال البوق، مع هيمنة التوضع الأنبوري، البوقي، والبرزخي. المضاعفات بعد الجراحية كانت بسيطة في غالبيتها مع نسبة وفيات منعومة. مناقشة : يعتبر الحمل المنتبذ داء خطيرا على المستوى الحياتي والوظيفي، والسبب الأول لحالات الوفيات في الأثلوث الأول من الحمل. نسبة وقوعه تعرف ازديادا ملحوظا نظرا لتعدد الأخماج المنقولة جنسيا، المساعدة الطبية على الإنجاب، الجراحة البوقية والتدخين النسائي. مبحث الأعراض لهذه السلسلة توافق الوصف العام لهذا الداء. إن تقدم تخطيط الصدى المهبطي وقياس نسبة الهرمون المشيمائي القندي سهلا كثيرا عملية التشخيص، ومكنا من الاستغناء أحيانا عن التنظير الباطني التشخيصي. إن طرق العلاج مختلفة، منها ما هو غاز وغير غاز يمكن من الحفاظ على الخصوبة المستقبلية للمرأة.

خاتمة : في سياقنا الخاص التشخيص المبكر في الوقت الحاضر ممكن ومن شأنه أن يتيح فرصا مثالية للعلاج، لكن يجب تحقيق تقدم في مجال التنظير الداخلي العلاجي وكذلك في المعالجة الجراحية المحافظة والمعالجة الطبية.

الكلمات الأساسية : تنظير داخلي، حمل منتبذ، معالجة طبية، معالجة محافظة.

Résumé : Introduction : C'est l'implantation d'une grossesse en dehors de l'utérus. C'est l'urgence gynécologique à laquelle il faut toujours penser chez une femme en âge de procréer devant des signes de grossesse anormale en raison du risque de mortalité.

Matériel et méthodes : Nous en étudions rétrospectivement 79 cas colligés par le biais des urgences gynéco-obstétricales durant la période de 2007 à 2009.

Résultats : Cette pathologie représente 3,1 % de l'activité du bloc opératoire des urgences gynéco-obstétricales. L'âge moyen des patientes est de 30 ans, avec une prédominance de la multiparité et la présence de facteurs de risque de GEU. La symptomatologie clinique était classique, hétérogène et dominée par l'aménorrhée, les métrorragies et les douleurs abdomino-pelviennes. Le diagnostic paraclinique repose sur le couple β hCG plasmatique/échographie pelvienne et ou endovaginale. Dans cette série le traitement a toujours été chirurgical par laparotomie avec incision de Pfannenstiel ou médiane sous ombilicale, très peu coelioscopique et principalement radical par salpingectomie, avec une abondance des localisations ampullaires, tubaires et isthmiques. Les suites post opératoires ont été simples dans la majorité des cas avec un taux de létalité de 0 %.

Discussion : C'est une maladie redoutable aussi bien sur le plan vital que fonctionnel, elle est la principale cause de décès au cours du premier trimestre de la grossesse. Son incidence a tendance à augmenter en raison de la recrudescence des infections sexuellement transmissibles, de l'assistance médicale à la procréation, de la chirurgie tubaire et du tabagisme féminin. La description sémiologique de notre série obéit à celle décrite dans la littérature. Les progrès de l'échographie endovaginale et le dosage des β hCG ont révolutionné son diagnostic et permettent de surseoir à la coelioscopie diagnostique. Le traitement de la GEU fait appel à des traitements très différents, du moins invasif préservant la fertilité ultérieure de la femme au plus invasif.

Conclusion : Dans notre contexte, un diagnostic précoce est aujourd'hui possible et permet une prise en charge optimale, mais des progrès sont encore à réaliser en matière de la chirurgie laparoscopique, du traitement chirurgical conservateur et du traitement médical.

Mots clés : Coelioscopie, grossesse extra-utérine, traitement médical, traitement conservateur.

Abstract : Introduction : Ectopic pregnancy is defined as the implantation of a pregnancy outside the uterus. It is considered as a gynaecological emergency which is necessary to think about for women in the age of procreation before abnormal signs of pregnancy due to its mortality.

Materials and study : Our study deals with a retrospective series of 79 cases compiled through the OB-GYN emergency service during the period from 2007 to 2009.

Results : It represents 3.1% of the activity of the surgical obstetrical and gynecological emergency. The average age of patients was 30 years, with a predominance of multiparity and the presence of the risk factors of ectopic pregnancy. Clinic symptomatology was classic, diverse and dominated by amenorrhea, metrorrhagia and pelvic abdominal pain. Para clinic diagnosis is based on the pair plasma β -HCG / pelvic and or transvaginal echography. In this series the treatment has always been surgical by laparotomy with Pfannenstiel incision or median in umbilical laparoscopy, mainly radical salpingectomy, with an abundance of ampullary locations isthmic and tubal. The post-operative course was uneventful in most cases with a fatality rate of 0%.

Discussion : It is a vital and functional dreadful disease in terms. It is the leading cause of death during the first trimester of pregnancy. Its incidence has tendency to increase due to the upsurge in sexually transmitted infections, medical assistance to procreation, tubal surgery and female smoking. Semiological description in our series is subject to that described in the literature. The progress of transvaginal echography and the determination of beta- HCG have revolutionized the diagnosis and allow for postponement of the diagnostic laparoscopy. The treatment of ectopic pregnancy uses very different treatments. They vary from the less invasive preserving future fertility of women to the more invasive one.

Conclusion : In our context, today an early is possible diagnostic and allows an optimal support. Yet, there is much progress to make in terms of the laparoscopic surgery, conservative surgical and medical treatment.

Key Words : Laparoscopy, ectopic pregnancy, medical treatment, conservative treatment.

Tiré à part : H. Hssain : Service des urgences gynéco-obstétricales Maternité Souissi- CHU Ibn Sina - Rabat - Maroc.

Introduction

La grossesse extra-utérine (GEU) est définie comme l'implantation d'une grossesse en dehors de l'utérus. C'est l'urgence gynécologique à laquelle il faut toujours penser chez une femme en âge de procréer en raison de sa morbidité et mortalité. La symptomatologie clinique est souvent trompeuse ce qui rend parfois le diagnostic clinique très difficile. La GEU doit être suspectée chez toute femme en âge de procréer qui présente des douleurs abdomino-pelviennes ou des saignements. Le diagnostic paraclinique repose sur l'échographie pelvienne et le dosage des β hCG plasmatiques. Cette pathologie potentiellement létale en dehors de prise en charge adéquate a la particularité de faire appel à un arsenal thérapeutique de plus en plus large allant de l'abstention au traitement chirurgical radical en passant par le traitement conservateur et le traitement médical. Dans notre contexte marocain, l'utilisation de la coelioscopie comme moyen diagnostique et thérapeutique est peu développée, et les modalités thérapeutiques modernes sont encore en phase de début.

Le but de l'étude est de faire le constat des faits concernant le diagnostic et de mettre le point sur la nécessité du développement du traitement endoscopique, conservateur et médical.

Matériel et méthodes

Notre étude porte sur une série rétrospective de 79 cas de grossesses extra-utérines (GEU) colligés par le biais des urgences gynéco-obstétricales de 2007 à 2009.

Résultats

Durant la période étudiée, 79 GEU ont été colligées. Le nombre moyen de cas enregistrés annuellement ces trois dernières années au sein du service des urgences gynéco-obstétricales de la maternité Souissi a été de 77, ce qui a représenté 3,1 % de l'activité du bloc opératoire des urgences gynéco-obstétricales au cours de la même période. L'âge moyen de nos patientes a été de 30 ans, avec des extrêmes allant de 19 à 45 ans. La nulliparité a été constatée dans 14 cas soit 17,7 %. L'aménorrhée a été un

signe quasi-constant dans la série des patientes étudiées, les métrorragies ont représenté 54 cas (68 %) des motifs de consultation et les douleurs abdomino-pelviennes ou des fosses iliaques ont été présentes dans 53 cas (67 %), alors que les autres signes tels que l'hypotension artérielle, les états de choc, les vomissements gravidiques et les lipothymies ont représenté 27 cas (34 %).

Presque une femme sur quatre a eu au moins un antécédent d'avortement spontané suivi d'un geste évacuateur et trois cas (3,7 %) des patients ont eu un antécédent d'interruption volontaire de grossesse. La récurrence a été constatée dans six cas (7,5 %) au niveau de la trompe restante. Trois patientes ont eu des antécédents d'infertilité dont une a été sous traitement inducteur de l'ovulation. Par ailleurs, le tabagisme actif a été noté dans huit cas (10 %) et la notion d'infections sexuellement transmissibles hautes ou de maladie inflammatoire pelvienne a été présente dans 15 cas (19 %). Les patientes sous contraception ont représenté 17 cas soit 21,5 % des cas, avec une fréquence de l'utilisation du dispositif intra-utérin de 2,5 % des cas. Toutefois la quasi-totalité de nos patientes n'ont pas eu d'antécédents pathologiques médico-chirurgicaux notables.

L'examen clinique à l'admission a permis d'objectiver un état hémodynamique stable chez 58 patientes (73 % des cas), une instabilité hémodynamique chez 18 patientes (23 % des cas) et un état de choc chez trois patientes (4 % des cas). L'état de conscience a été normal chez 70 patientes (89 % des cas) et altéré chez neuf patientes (11 % des cas). Les données de l'examen physique abdomino-pelvien ont montré : (tableau I).

Tableau I

Signes physiques abdomino-pelviens	Fréquence
Sensibilité sus-pubienne	26,5 %
Douleur d'une fosse iliaque	31,6 %
Défense pelvienne	10 %
Défense d'une fosse iliaque	8,8 %
Défense abdominale	2,5 %
Matité des flancs	2,5 %

Données de l'examen physique abdomino-pelvien

L'examen gynéco-obstétrical a révélé : (tableau II).

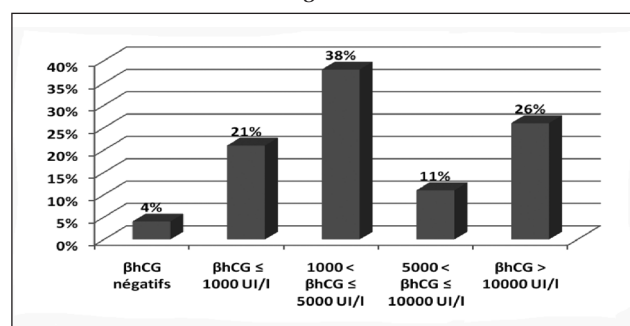
Tableau II

Signes physiques gynéco-obstétricaux	Fréquence
Masse latéro-utérine	10 %
Empâtement annexiel	12,6 %
Cri du Douglas	34 %
Col violacé	31,6 %
Saignement endo-utérin	53 %

Données de l'examen physique gynéco-obstétrical

Pour confirmer le diagnostic de la grossesse ectopique, nos explorations paracliniques ont reposé essentiellement sur le couple échographie pelvienne et ou endovaginale et le dosage des β hCG plasmatiques. Réalisée chez toutes les patientes, l'échographie a objectivé l'image d'une masse latéro-utérine d'échostructure hétérogène dans 55 cas (69,6 %), avec présence d'une ligne de vacuité utérine dans 38 cas (48 %) et un épanchement péritonéal dans 61 cas (77 %). Le signe échographique direct avec présence d'un sac gestationnel et d'une activité cardiaque positive n'a été observé que dans dix cas soit 12,6 % de nos malades. Le dosage plasmatique des β hCG n'a été réalisé que chez 47 des 79 patientes objet de l'étude (59,4 %). Il a montré les données suivantes : (figure 1).

Figure 1

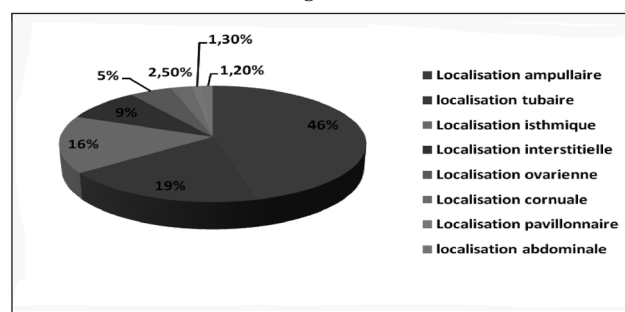
Données du dosage plasmatique des β -hCG

Par contre la culdocentèse n'a été réalisée que dans neuf cas (11,3 %), elle a été positive chez tous les cas ponctionnés. Concernant le bilan de retentissement, le taux d'hémoglobine moyen a été de 9,5 g/dl.

Toutes les patientes ont été traitées chirurgicalement

avec une laparotomie par incision de pfannenstiell dans 65 cas (82,2 %), une laparotomie médiane sous ombilicale dans 12 cas (15,2 %) et une coelioscopie dans deux cas (2,6 %). A l'exploration la forme rompue a été retrouvée dans 58 cas (73 %) avec présence d'un hémopéritoine d'abondance variable dans 77 cas (97,4 %). La localisation de la grossesse ectopique a été répartie de la façon suivante : (figure 2).

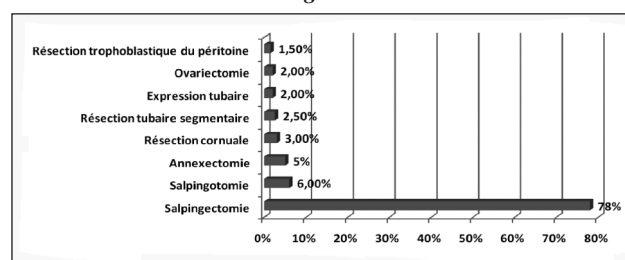
Figure 2



Répartition de la localisation de la grossesse ectopique

Le geste chirurgical réalisé a été réparti de la façon suivante : (figure 3).

Figure 3



Répartition des techniques chirurgicales utilisées

L'aspect de la trompe contro-latérale a été normal dans 63 cas (79,7 %), alors qu'il a montré des vésicules chlamydiennes dans 16 cas (20,3 %).

Le traitement médical par méthotrexate adjuvant au traitement chirurgical a été utilisé dans un seul cas soit 1,3 % des cas. Les mesures de réanimation ont été nécessaires chez 23 patientes (29 % des cas), avec une transfusion sanguine chez 15 patientes (19 % des cas), un remplissage massif chez 20 patientes (25,3 % des cas), et un séjour en réanimation chez 16 patientes (20,2 % des cas). Les suites

post-opératoires ont été simples dans 69 cas (87,3 %), compliquées de saignement dans huit cas (10 %) et d'abcès de la paroi dans deux cas (2,6 %). La durée moyenne de séjour hospitalier a été de cinq jours avec des extrêmes entre deux et 18 jours. Le taux de létalité a été de 0 %.

Discussion

L'incidence de la GEU ne cesse d'augmenter dans les pays industrialisés. Aux Etats-unis son incidence est estimée à 1,97 % des grossesses [1], en France le taux est de 1,6 % des grossesses [2]. C'est la principale cause de décès au cours du premier trimestre de la grossesse et responsable de 13 % des décès maternels [3]. Certains facteurs de risque augmentent de manière très importante le risque de GEU en particulier les antécédents de GEU, les antécédents de chirurgie tubaire, d'exposition au Distilbène, de stérilisation tubaire, une contarcéption par stérilet en cours. D'autres facteurs augmentent de manière significative les risques de GEU en particulier les antécédents d'infection à Chlamydiae, à gonocoque, les antécédents de pelvipéritonite, d'infertilité, de port de stérilet en cuivre, de tabagisme, et le nombre de partenaires sexuels supérieur à un [4]. La recrudescence des maladies sexuellement transmissibles, de l'assistance médicale à la procréation et de la chirurgie tubaire expliquent en partie l'augmentation générale de l'incidence. Dans notre contexte on assiste à une recrudescence des IST et une extension alarmante de l'épidémie du tabagisme féminin.

Du point de vue clinique, la symptomatologie est hétérogène allant de la forme asymptomatique de découverte fortuite à l'état de choc hémorragique. Le tableau clinique classique associe douleurs pelviennes, aménorrhée et métrorragies. Les douleurs pelviennes latéralisées sont présentes dans 90 % des cas. L'aménorrhée se rencontre dans 70 % des cas [4]. Les métrorragies de couleur brune, sépia, peu abondantes et récidivantes ont une fréquence variable selon les séries. Toute syncope, lipothymie ou malaise survenant chez une femme en âge de procréer doit faire systématiquement évoquer la GEU, ces signes sont des signes de gravité et évoquent un hémopéritoine, par contre les signes sympathiques de la grossesse sont inconstants. L'examen clinique doit en premier lieu évaluer l'état hémodynamique de la femme, la palpation abdominale

retrouve souvent une sensibilité sus-pubienne ou une douleur provoquée en fosse iliaque, l'examen au spéculum confirme l'origine endo-utérine des saignements, montre un canal cervical fermé, le toucher vaginal retrouve un utérus de taille normale et donc disproportionnée à l'aménorrhée, une masse annexielle sensible (50 % des cas), une douleur d'un cul de sac (90 % des cas), ou bien le fameux cri du Douglas qui traduit un syndrome d'irritation péritonéal. La description sémiologique de notre série obéit à celle décrite dans la littérature.

Le bilan paraclinique repose sur le couple : β hCG/échographie endovaginale qui permet un diagnostic précoce avec une sensibilité de 97 % et une spécificité de 95 % [5] [6]. Dans notre série ces 2 moyens étaient la clé du diagnostic. La numération formule sanguine n'a de l'intérêt que pour apprécier le degré de l'anémie et de guider les indications de la transfusion sanguine. Cette dernière était nécessaire chez une femme sur cinq de notre série, un taux relativement élevé.

Le traitement de la GEU fait appel à des traitements très différents, du moins invasif préservant la fertilité ultérieure de la femme au plus invasif avec soit [7] : l'abstention, le traitement médical par méthotrexate dans les formes peu évolutives, la salpingectomie ou la salpingotomie par coelioscopie ou laparotomie, les expressions tubaires et la résection tubaire segmentaire, ainsi que le traitement spécifique aux localisations interstitielle, ovarienne, cervicale et abdominale. Dans notre série le traitement a toujours été chirurgical et principalement radical puisque dans la majorité des cas l'indication opératoire était faite au stade de la GEU organisée où la trompe est trop altérée.

Conclusion

La GEU est une maladie redoutable aussi bien sur le plan vital que fonctionnel. Les progrès de l'échographie endovaginale et le dosage des β hCG ont révolutionné son diagnostic et permettent de surseoir à la coelioscopie diagnostique. Un diagnostic précoce est aujourd'hui possible et permet une prise en charge optimale. Dans notre contexte, des progrès sont encore à réaliser en matière de la chirurgie coelioscopique, du traitement chirurgical conservateur et du traitement médical.

Références

1. Centers for Disease. Control and Prevention. Ectopic pregnancy-United-States, 1990-1992. JAMA 1995; 273/533.
2. Coste J, Job-Spira N, Aublet-Cuvelier B, Germain E, Glowaczower E, Fernande H, et al. Incidence of ectopic pregnancy First results of a population-based register in France. Hum reprod 1994; 9 : 742-745.
3. Barnhart K, Esposito M, Coutifaris C. An update on the medical treatment of ectopic pregnancy. Obstet Gynecol Clin North Am 2000, 27 : 653-667.
4. Dupuis O, Clerc J, Madelenat P, Golfier F, Raudrant D. Grossesse extra-utérine, EMC- Gynécologie/Obstétrique ; Elsevier masson SAS, 5-032- A-30, 2009; 21p.
5. Farquhar CM. Ectopic pregnancy. Lancet 2005 ; 366 : 583-591.
6. Poncelet E, Leconte C, Fréart-Martinez E, Laurent M, Lernout M, Bigot J. Aspects échographiques et IRM de la grossesse extra-utérine ; Imagerie de la femme, Volume 19, Issue 3, September 2009 ; 171-178.
7. Gervaise A, Fernandez H. Prise en charge diagnostique et thérapeutique des grossesses extra-utérines. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, Volume 39, Issue 3, Supplement 1, May 2010, pages F17- F24.