

Douleurs pelviennes aiguës

Grossesse extra-utérine

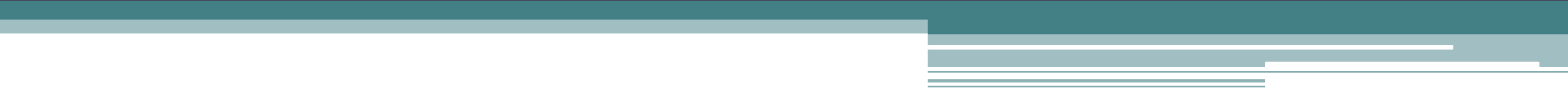
Dr Bruno BORGHESE

Service de Gynécologie-Obstétrique 2 (Pr Chapron)
Hôpital Cochin - Université Paris Descartes

DU médecine d'urgence

21/11/2012

Douleurs pelviennes aiguës



Examen clinique

Interrogatoire

- **Intensité de la douleur**
- **Périodicité par rapport aux règles, DDR**
- **Position antalgique, siège, irradiations**
- **Type:** tiraillements, déchirures, pesanteur, coup de poing
- **Facteur déclenchant:** efforts, RS, curetage
- **Signes d'accompagnement:** urinaires, digestifs, dyspareunies, infectieux, tb du cycle menstruel, contexte de conflit social...

Examen clinique

Antécédents

- **Médicaux:** urinaires, digestifs, médicaments, toxicomanie
- **Chirurgicaux:** appendicectomie, GEU
- **Gynécologiques:** salpingite, herpès génital, MST, notion de kyste de l'ovaire
- **Obstétricaux:** FCS, GEU, complications obstétricales...
- **ATCD familiaux:** cancer gynécologique

Examen clinique

- **Age, Sd fébrile, contexte psychique**
- **Abdomen:** douleur, défense, contracture ?
- **HCD +/- Signe de Murphy** (vésicule, périhépatite), **cadre colique** (colite spasmodique), **FID** (appendicite)
- **Fosses lombaires**
- **Examen gynécologique :**
 - **Vulve**
 - **Spéculum:** col, glaire cervicale, vagin (tumeur, inflammation, infection, leucorrhées)
 - **TV:** taille de l'utérus, douleur à la mobilisation utérine, douleur au niveau des CDS latéraux ou du Douglas, perception d'une masse ou d'un nodule
 - **TR:** cancers (paramètres), vierge

Examens complémentaires

- **B HCG +++**
- **NFS, CRP**
- **BU +/- ECBU**
- **Echographie pelvienne +++**

Principales causes de douleurs pelviennes aiguës

- **La GEU:** première étiologie à toujours éliminer chez une femme en période d'activité génitale
- **La rupture du corps jaune hémorragique**
- **Les salpingites**
- **Les fibromes compliqués (nécrobiose, torsion)**

En dehors de la GEU, le diagnostic à faire en urgence est celui de la torsion d'annexe

- **Tableau abdominal aigu:**
Nausées, vomissements, défense abdominale voire contracture
- **Notion de kyste de l'ovaire**
- **Douleur unilatérale irradiant vers la cuisse**
- **TV:** masse latéro-utérine unilatérale très douloureuse, indépendante de l'utérus
- **Echographie:** diagnostic de kyste de l'ovaire remanié par la torsion
- **Traitement:** chirurgical en urgence (Détorsion+/-annexectomie)

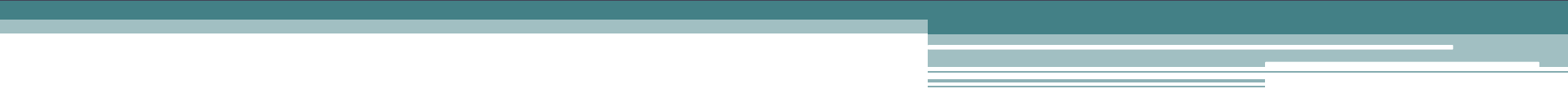
Autres diagnostics gynécologiques

- **Douleurs ovulatoires**
- **Dysménorrhées**
- **Endométriose pelvienne**
- **Syndrome des ovaires polykystiques**
- **Fausse couche spontanée**

Autres diagnostics extra-génitaux

- **Appendicite**
- **Pyélonéphrite**
- **Colique néphrétique**
- **Occlusion intestinale aiguë**
- **Colite spasmodique**

Grossesse extra-utérine

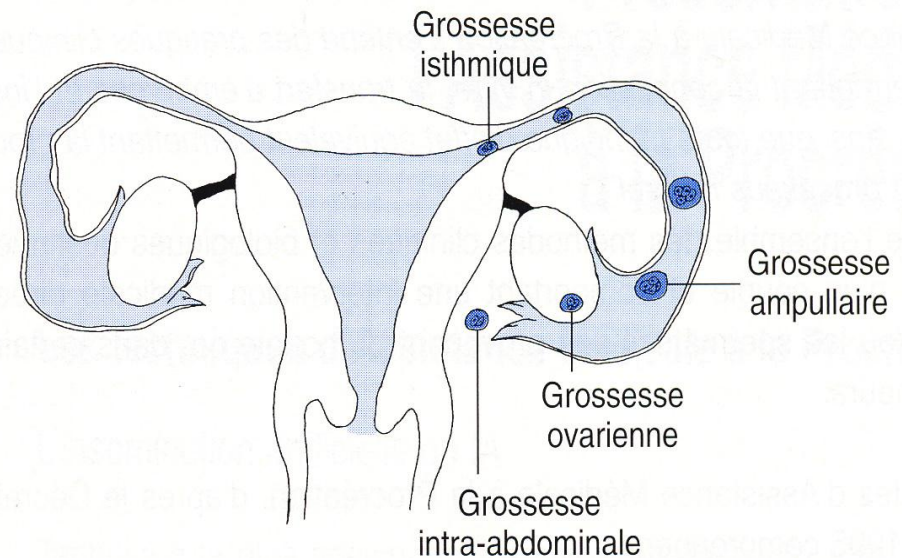
A series of horizontal lines in teal and light blue colors, some solid and some dashed, extending across the bottom of the slide.

Définition et généralités

- **Nidation ectopique** de l'œuf en dehors de la cavité utérine
le plus souvent au niveau de la trompe
plus rarement au niveau ovarien ou abdominal
- Incidence : 14 à 20 pour 1.000 grossesses
- **14.000 / an en France**
- Diagnostic précoce
- Pronostic vital dans les formes graves
- Pronostic surtout lié à la fertilité : 20-30 % de stérilité définitive
- Risque de récurrence de GEU estimé à 10-20 %

Formes anatomiques

Différentes localisations des grossesses extra-utérines



- **Trompe = 98 %**
 - Ampoule = 75 %
 - Isthme = 20 %
 - Corne = 3 %
- **Ovaire = 1 %**
- **Abdomen = 1 %** (greffe après avortement tubo-abdominal)

Facteurs de risque

- **Infections pelviennes :**
 - MST (Chlamydia Trachomatis, gonocoque) par séquelles de l'anatomie tubaire
 - Tuberculose, bilharziose
- **Tabac :**
 - Relation dose-effet
 - Effet délétère du tabac sur la ciliation tubaire
- **Antécédents chirurgicaux :**
 - Antécédent de chirurgie tubaire (plastie ou GEU) ou pelvienne
- **Endométriose**
- **Techniques d'assistance à la procréation médicale :**
 - Stimulation ovarienne
- **Mode de contraception :**
 - Microprogestatifs
 - Dispositif intra-utérin présent lors de la conception
 - Utilisation antérieure de DIU (infections infracliniques)
- **Age**

Clinique

- **Interrogatoire :**
 - Facteurs de risque
 - Antécédents familiaux et personnels
- **Signes fonctionnels:**
 - Patiente en période d'activité génitale
 - Aménorrhée
 - Signes sympathiques de grossesse
 - Métrorragies peu abondantes, sépia, noirâtres
 - Douleur sus-pubienne, souvent unilatérale
 - Scapulalgies

Clinique

- **Examen clinique :**
 - Etat hémodynamique (TA, FC)
 - Signes d'hémorragie :
 - Pâleur
 - Soif
 - Tachycardie
 - Abdomen :
 - Sensibilité
 - Douleur
 - Défense
 - Contracture

Clinique

- **Examen gynécologique :**
 - **Spéculum :**
 - Col congestif de grossesse
 - Saignement endo-utérin
 - **Toucher vaginal :**
 - Utérus gravide, mais moins volumineux que le terme
 - Cul de sac latéral vaginal douloureux
 - Cul de sac de Douglas douloureux
 - Masse latéro-utérine molle, mal limitée, sensible
 - Cul de sac de Douglas douloureux en faveur d'un épanchement péritonéal

Biologie

- **Dosage des Béta-HCG plasmatiques :**
 - Positivité 10 jours après l'ovulation
 - Positivité permet seulement d'affirmer l'existence d'une grossesse et non la localisation
 - Dosage quantitatif ne permet pas d'évaluer le terme de la grossesse
 - Evolution normale GIU: double tous les 48 heures
 - Fausse couche spontanée : décroissance rapide
 - GEU : taux inférieur à celui attendu, augmentation lente puis stagnation
- **Bilan pré-opératoire :**
 - NFS plaquettes
 - Hémostase (TP, TCA, fibrinogène)
 - Groupe Rhésus RAI
- **Bilan pré-ttt médical :**
 - Ionogramme sanguin
 - Bilan hépatique
 - NFS plaquettes

Imagerie

- **Echographie pelvienne par voie abdominale et endovaginale :**
 - Non visualisation du sac gestationnel endo-utérin, vacuité utérine (avec Béta-HCG > 1500 UI/l)
 - Pseudo-sac endo-utérin (centré dans la cavité et sans couronne trophoblastique alors que le sac gestationnel intra-utérin est excentré avec couronne trophoblastique)
 - Le corps jaune :
 - Presque toujours visible et clairement identifiable
 - Homolatéral dans la grande majorité des GEU
 - Epanchement liquidien dans le Douglas (épanchement de sang dans la partie la plus déclive du péritoine)
 - Masse latéro-utérine hétérogène :
 - Hématosalpinx (80 %) : masse échogène hétérogène para-ovarienne
 - Sac gestationnel de GEU (20%) : avec vésicule vitelline, embryon

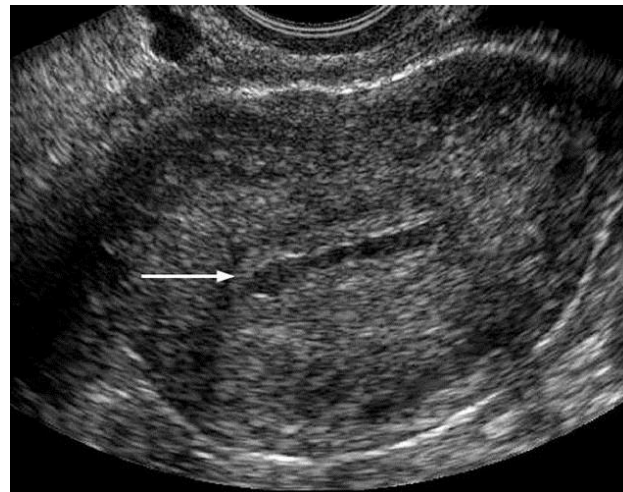
Echographie pelvienne



Kyste du corps jaune

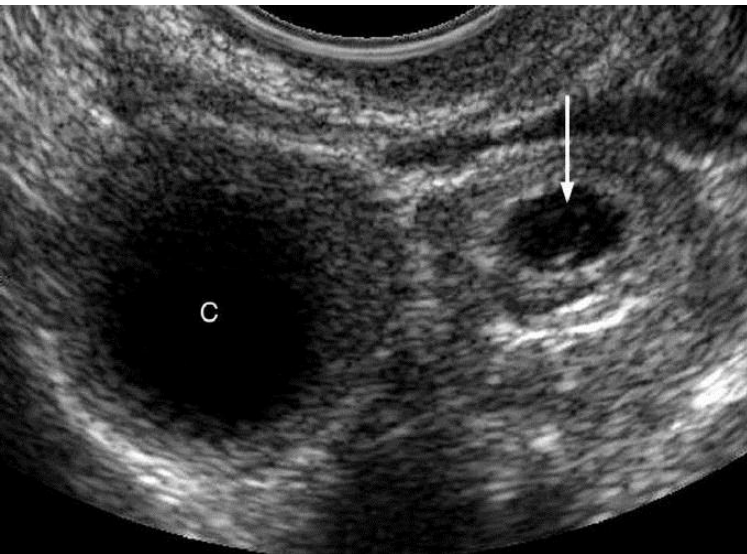


Endomètre décidualisé

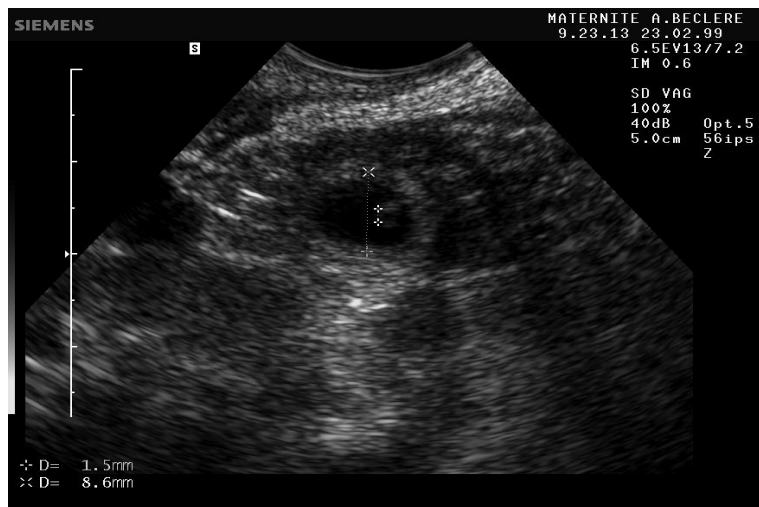
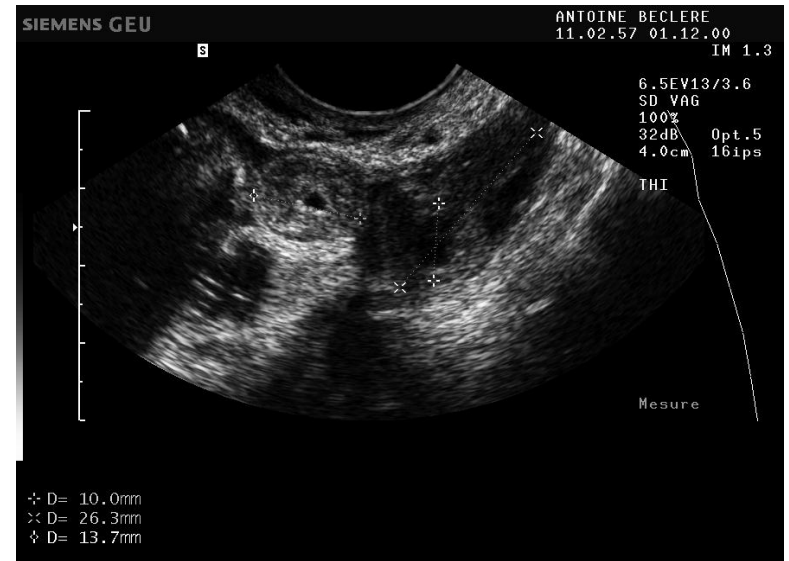


Pseudo-sac endo-utérin

Echographie pelvienne



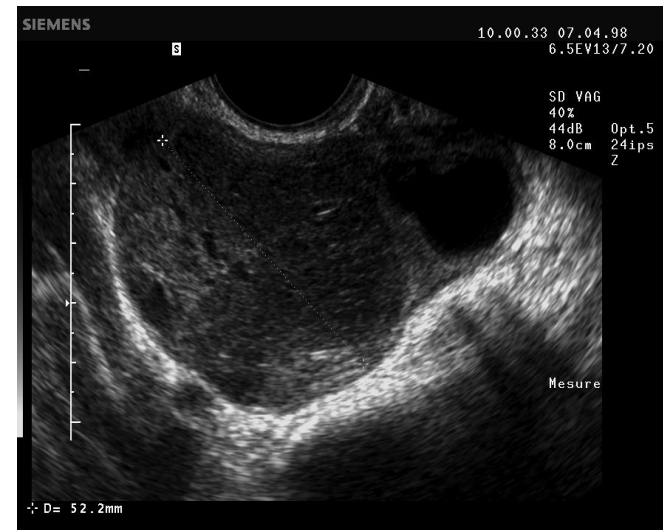
Corps jaune et GEU avec VV visible



Echographie pelvienne



Epanchement intra-péritonéal



Traitement

- **4 types de traitement possible :**
 - Abstention thérapeutique
 - Traitement médical
 - Traitement chirurgical par coelioscopie
 - Traitement chirurgical par laparotomie
- **Choix du type de traitement en fonction :**
 - Etat clinique
 - Antécédents
 - Récidive
 - Observance de la patiente
 - Score de Fernandez

Abstention thérapeutique

- **Régression spontanée possible**
- **GEU asymptomatique**
- **GEU non visible à l' échographie**
- Surtout si **taux de Béta-HCG plasmatiques initial faible** < 1000 UI/l
- **Surveillance régulière** tous les 48 heures puis hebdomadaire de la régression plasmatique jusqu' à négativation complète.

Score de Fernandez

- Indication ttt chirurgical si score > 13
- Indication ttt médical si score < 13

	1	2	3
Aménorrhée (jours)	> 49	< 49	< 42
HCG (UI/l)	< 1000	> 1000	> 5000
Progestérone (ng/ml)	< 5	< 10	> 10
Douleur	Absente	Provoquée	spontanée
Hématosalpinx (cm)	< 1	< 3	> 3
Hémopéritoine (ml)	< 10	< 100	> 100

Traitement médical

- **Méthotrexate :**

- 1^{er} cas décrit par Tanaka en 1982
- Seul ttt médical suffisamment étudié
- Mécanisme d' action :
 - Effet cellulaire anti-prolifératif
 - Antagoniste de l' acide folique, jouant un rôle sur la multiplication des cellules en phase S
- Effets secondaires rares:
 - Stomatite
 - Leucopénie
 - Nausées, douleurs abdominales
 - Alopécie
 - Augmentation des enzymes hépatiques

Traitement médical

- **Méthotrexate :**

- **Avantages :**

- Peu invasif
 - Faible coût
 - Ambulatoire
 - Absence des risques liés à la chirurgie et à l'anesthésie

- **Indication :**

- Score de Fernandez < 13
 - Bonne observance patiente
 - Absence de douleur spontanée

- **Modalités ttt :**

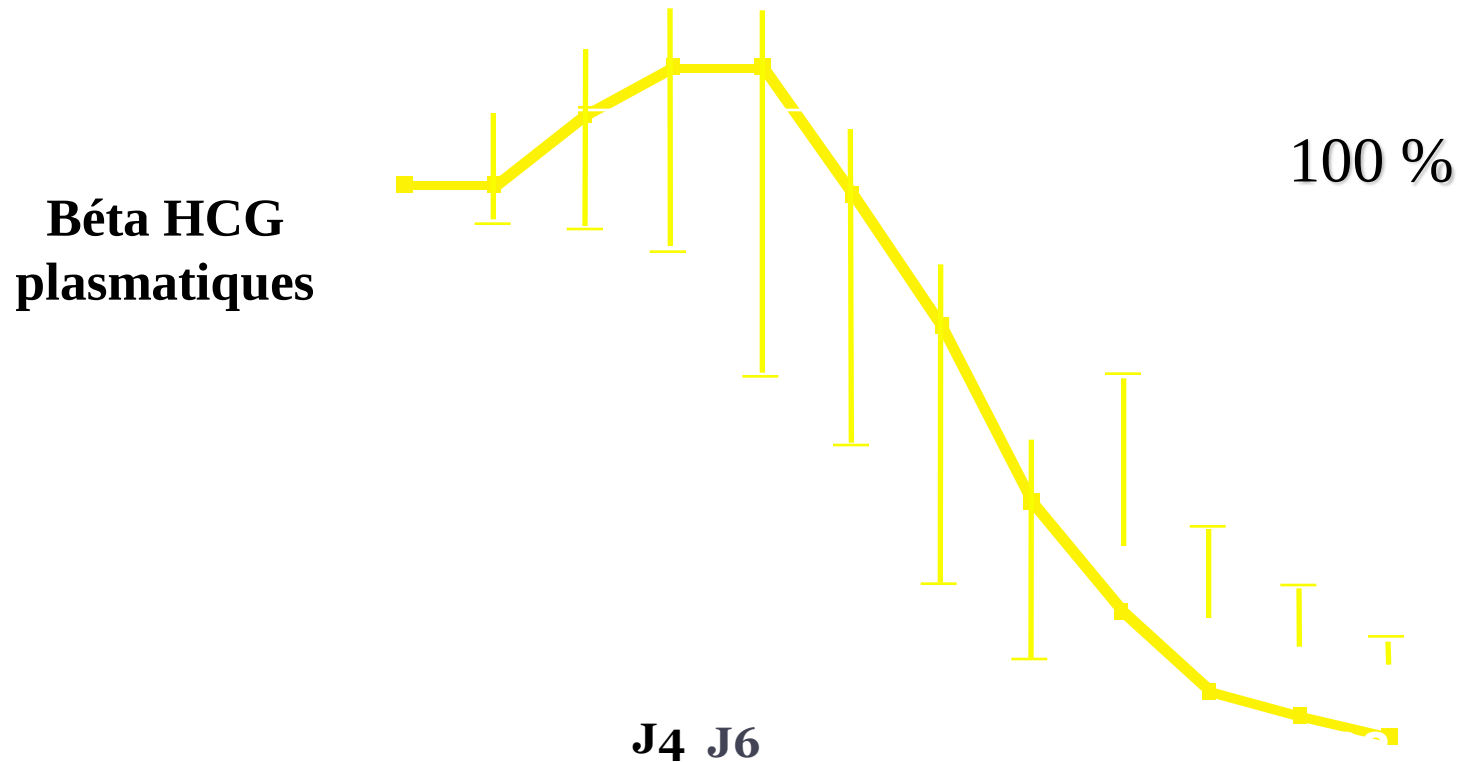
- 1 à 1,5 mg/kg en 1 injection IM

- **Surveillance**

- Béta-HCG à J4 (N=élévation normale jusqu'à 40% par rapport à Jo)
 - Béta-HCG à J7 (N=taux inférieur à J7)

- **Taux de succès proche de 90 % en cas de bonnes indications**

Evolution Béta HCG après traitement médical



Traitement chirurgical

- **Indications :**

- Score de Fernandez
- GEU définie comme active (activité cardiaque embryonnaire)
- Instabilité hémodynamique
- Hémopéritoine massif avec suspicion de rupture tubaire
- Contre-indication au traitement médical
 - Troubles de l'hémostase
 - Anomalies du bilan hépatique
 - Leucopénie
 - Thrombopénie
 - Mauvaise observance de la patiente

Voie d'abord

- **Intérêts de la coelioscopie, voie d'abord de référence de la GEU :**
 - Pertes sanguines
 - Durée d'hospitalisation
 - Analgésie post-opératoire
 - Adhérences post-opératoires
 - Economique
 - Morbidité
 - Esthétique
- **Laparotomie, réservée aux contre-indications de la coelioscopie :**
 - État de choc
 - Adhérences sévères extensives
 - Antécédents chirurgicaux +++
 - Inexpérience chirurgicale
- **Risque de la voie coelioscopique :**
 - Risque de persistance trophoblastique est le seul inconvénient de la voie coelioscopique

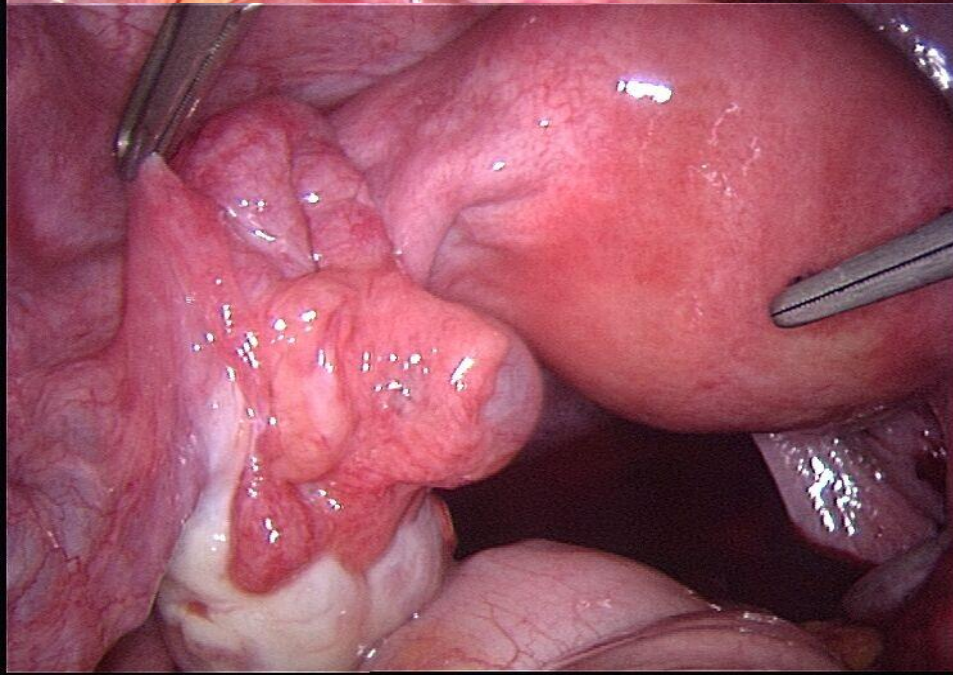
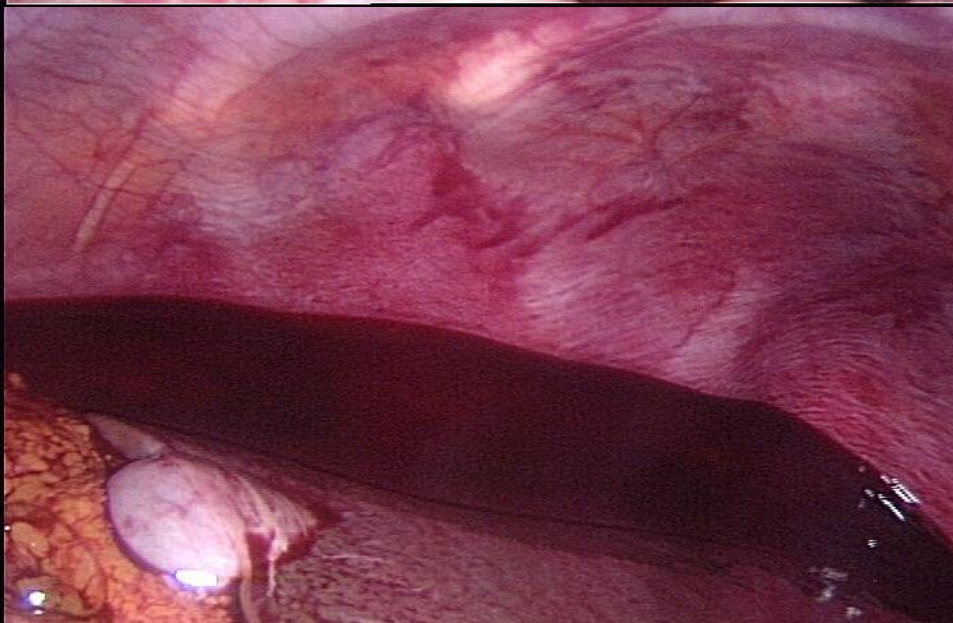
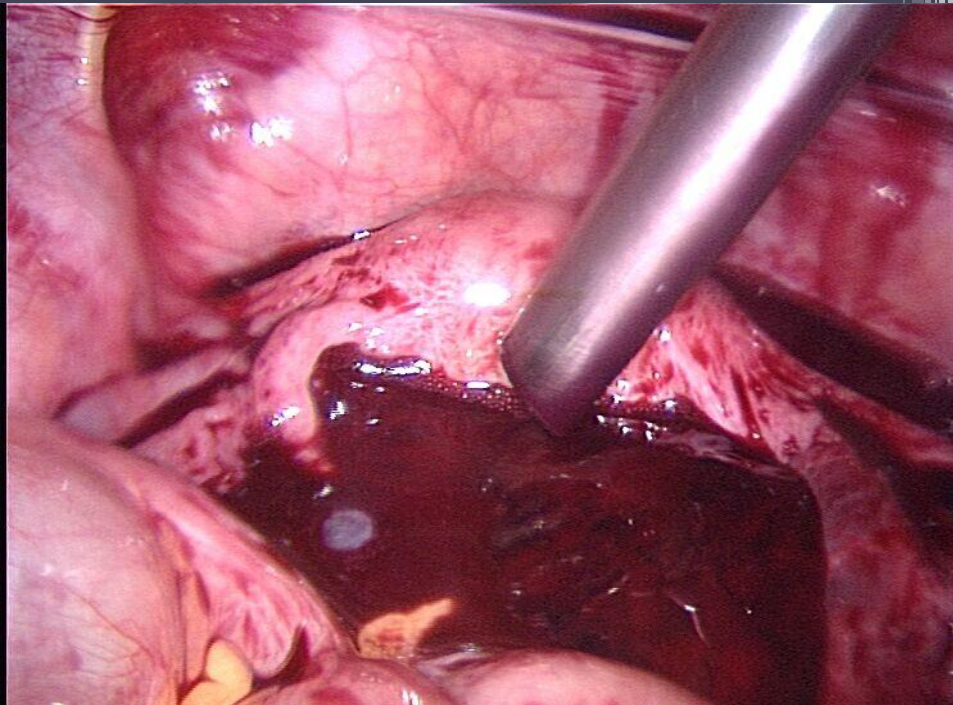
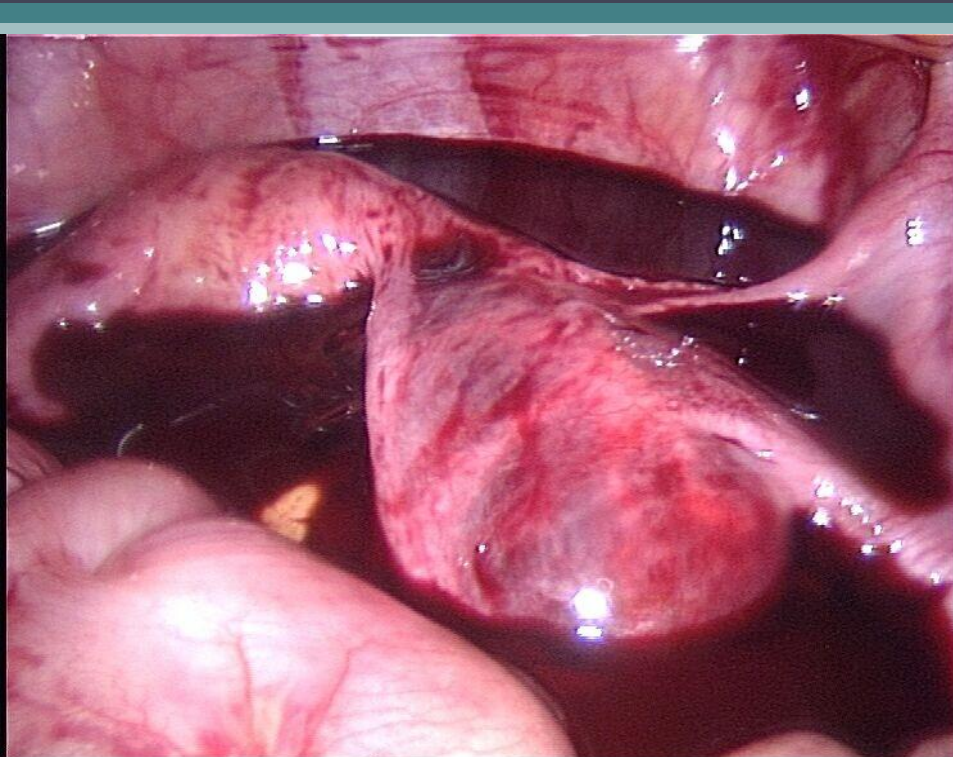
Geste chirurgical

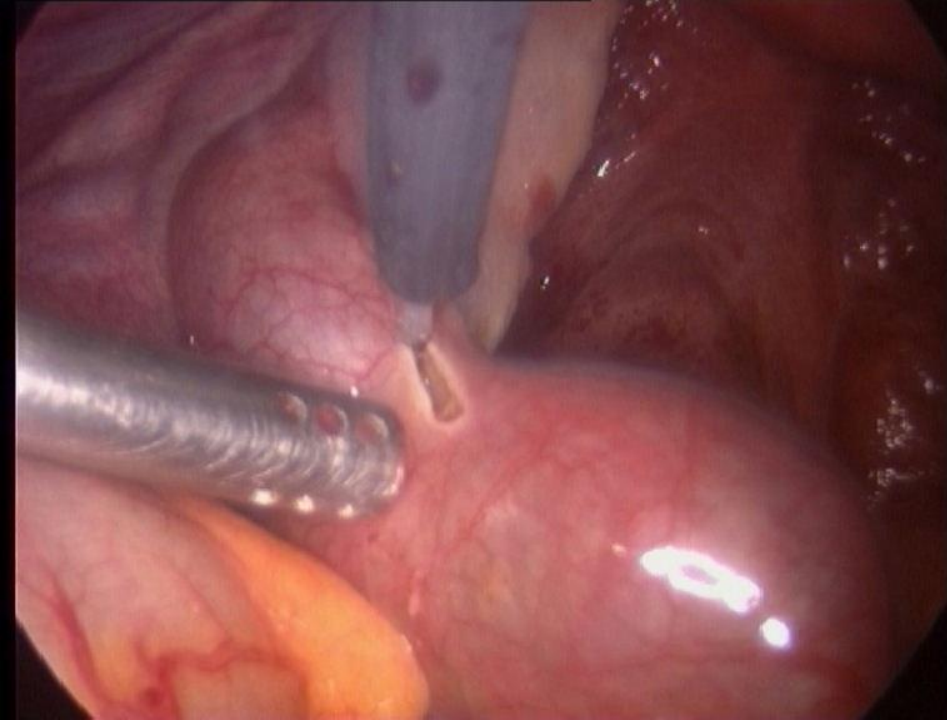
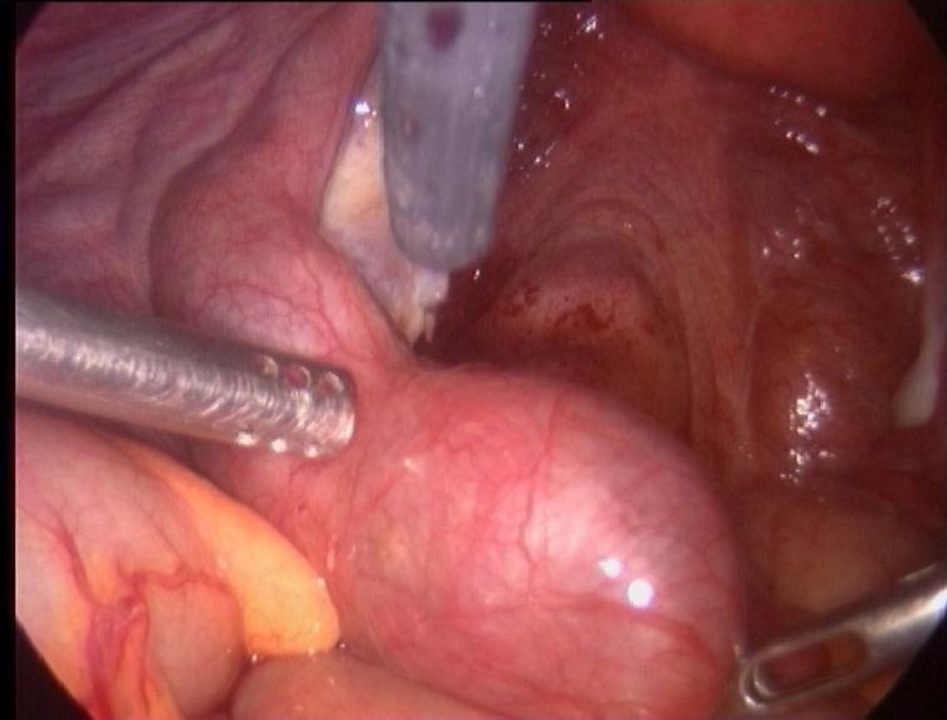
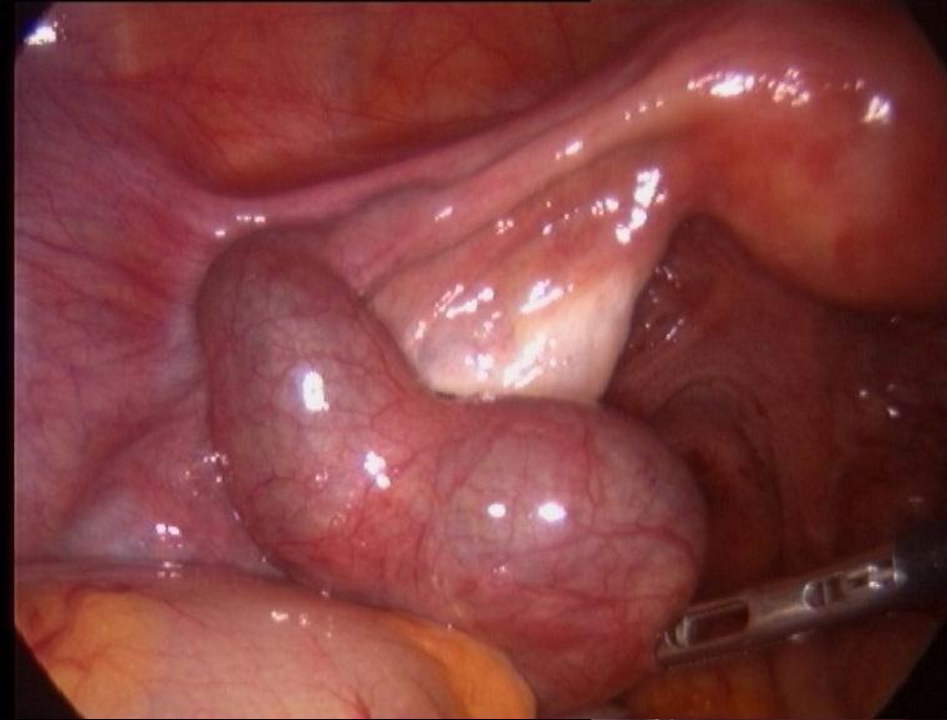
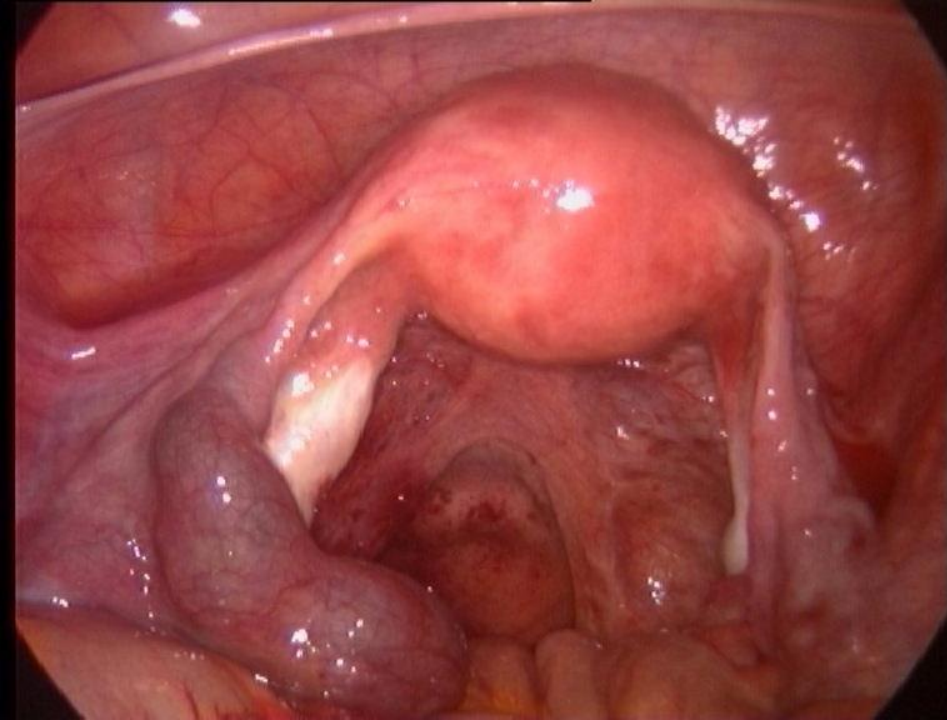
- **Confirmation de la GEU**
- **Préciser sa localisation (cornuale, ampullaire, avortement tubo-abdominal, ovaire...)**
- **Si pas ou peu d'hémo-péritoine :**
 - Exploration abdominopelvienne
 - Vérification de la trompe controlatérale
- **Irrigation-lavage :**
 - Au sérum chaud
 - Couvre l'ensemble du pelvis
 - Limite les risques de persistance trophoblastique après intervention radicale ou conservatrice
- **Etat tubaire avec examen de la trompe controlatérale**

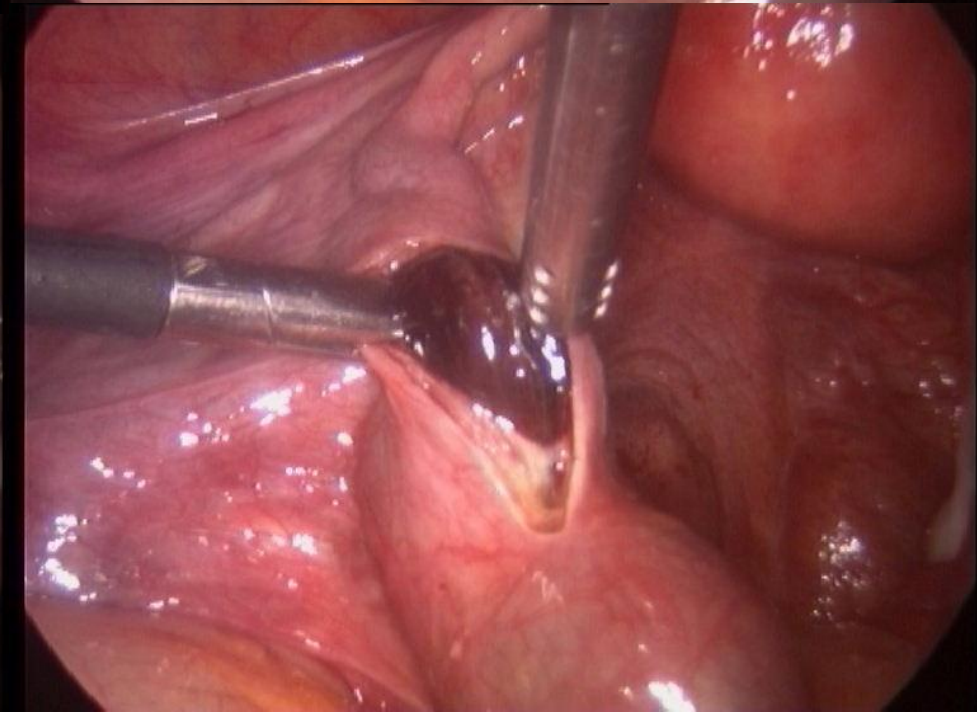
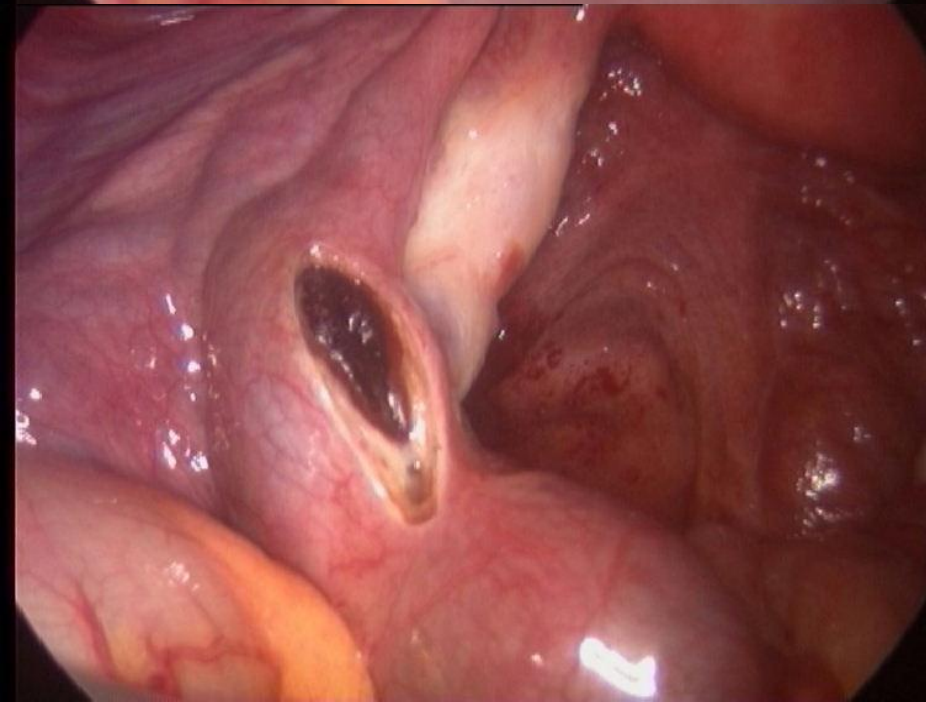
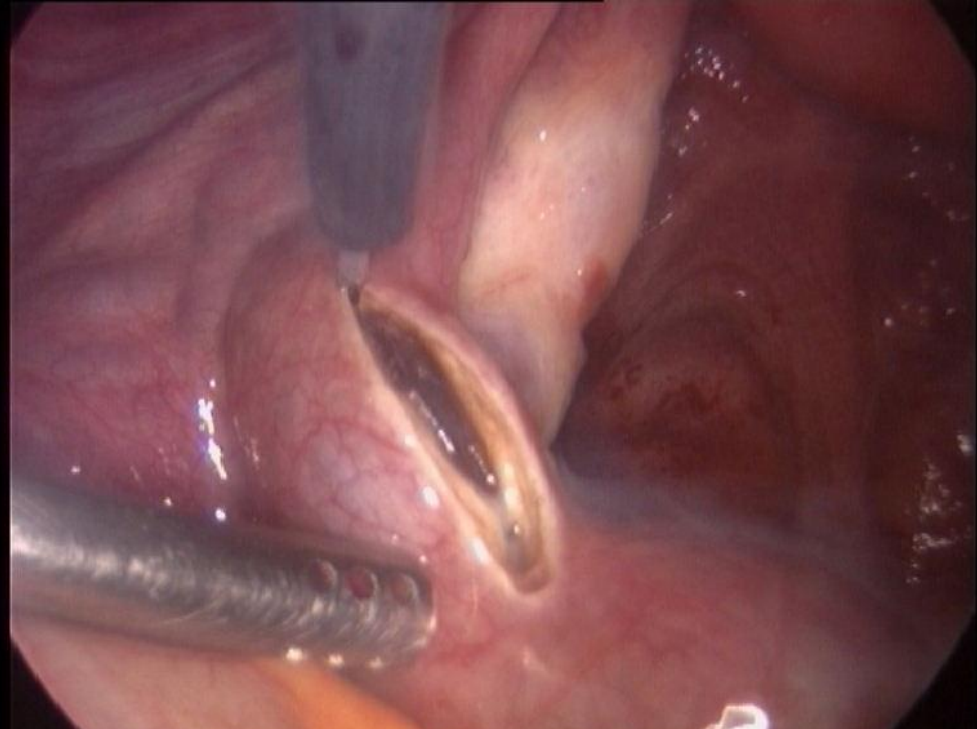
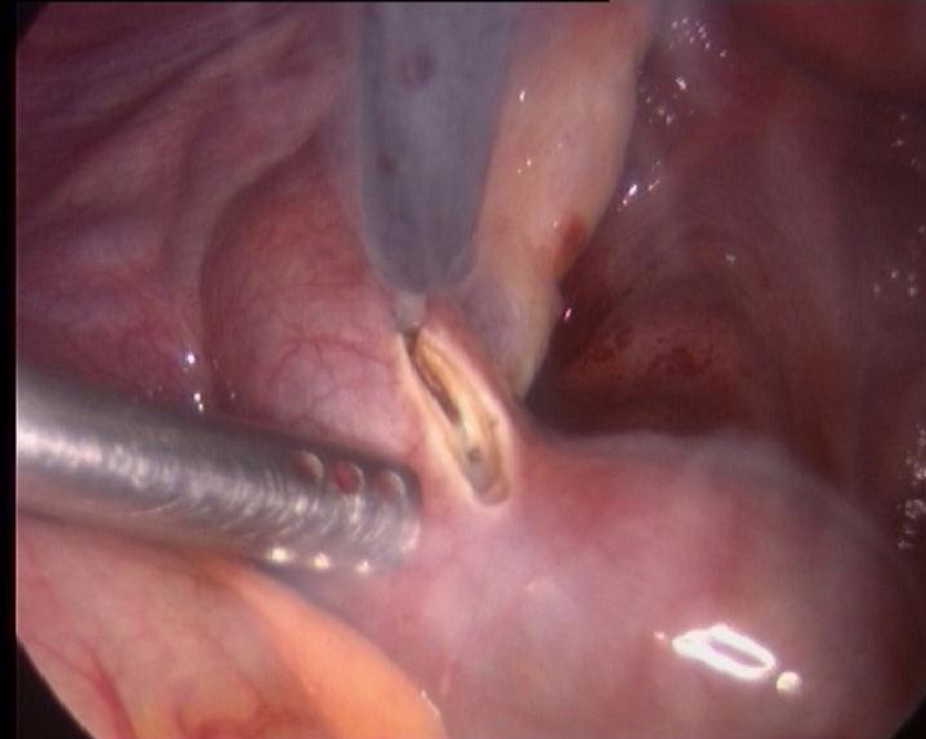
Geste chirurgical

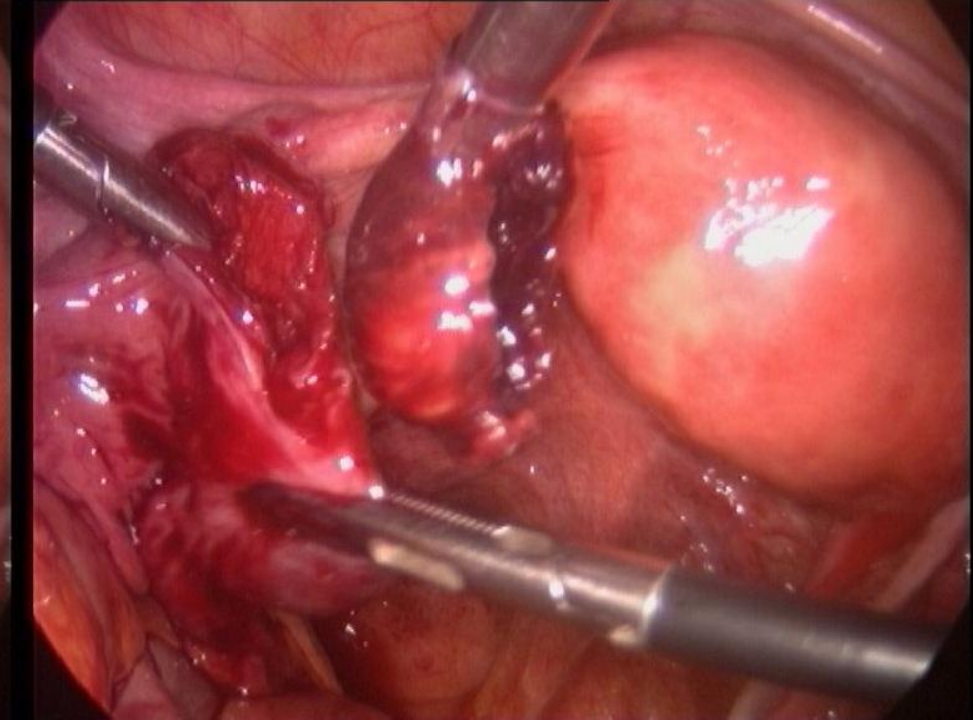
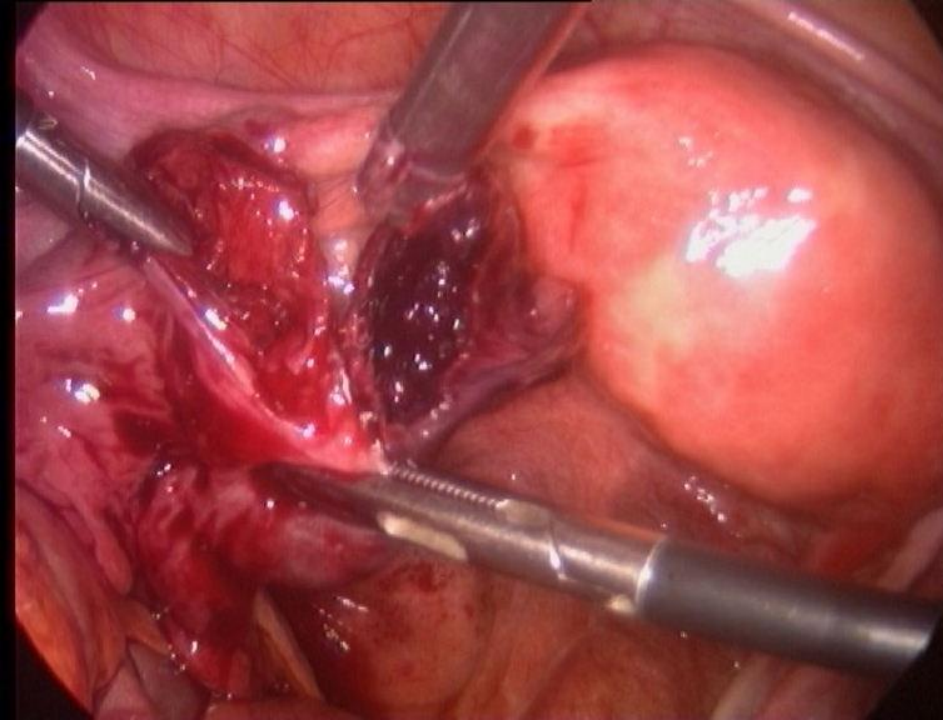
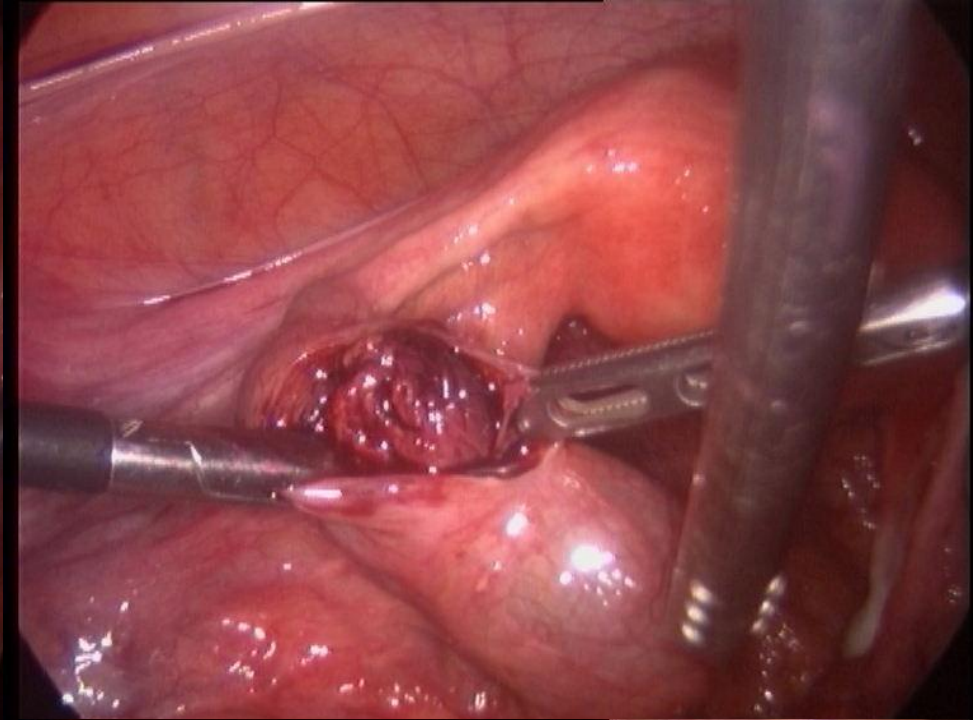
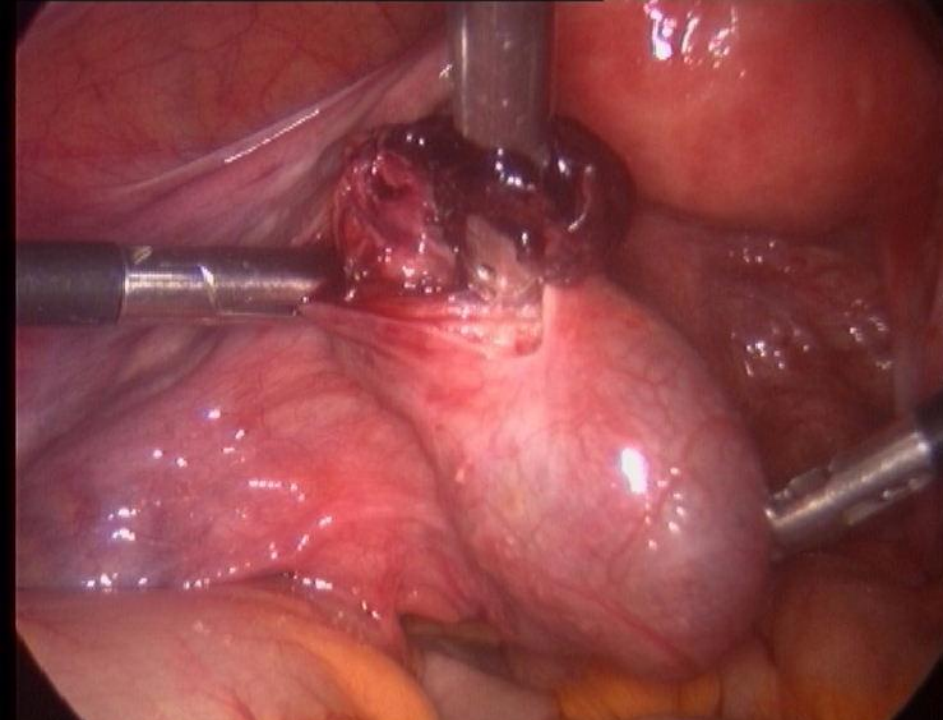
- **Salpingotomie ou salpingectomie ? :**
 - Pour le choix du traitement tenir compte de:
 - Antécédents de GEU homo latérale ou de plastie tubaire
 - État de la trompe atteinte et de la trompe controlatérale
 - Possibilités de surveillance
 - Avis de la patiente
 - Faisabilité du traitement conservateur
 - Les caractéristiques de la GEU (taille, localisation, rupture tubaire, importance de l' hémopéritoine) ne sont pas des contre-indications à un traitement conservateur
- **Salpingotomie nécessite surveillance de la décroissance de l' HCG à 48 heures ou 7 jours :**
 - Si taux > 20% du taux initial ➡ Methotrexate 1mg/Kg IM
 - Stricte surveillance jusqu' au retour à la négativation du taux d' HCG
 - Si malgré le Methotrexate, absence de regression ➡ Coelioscopie

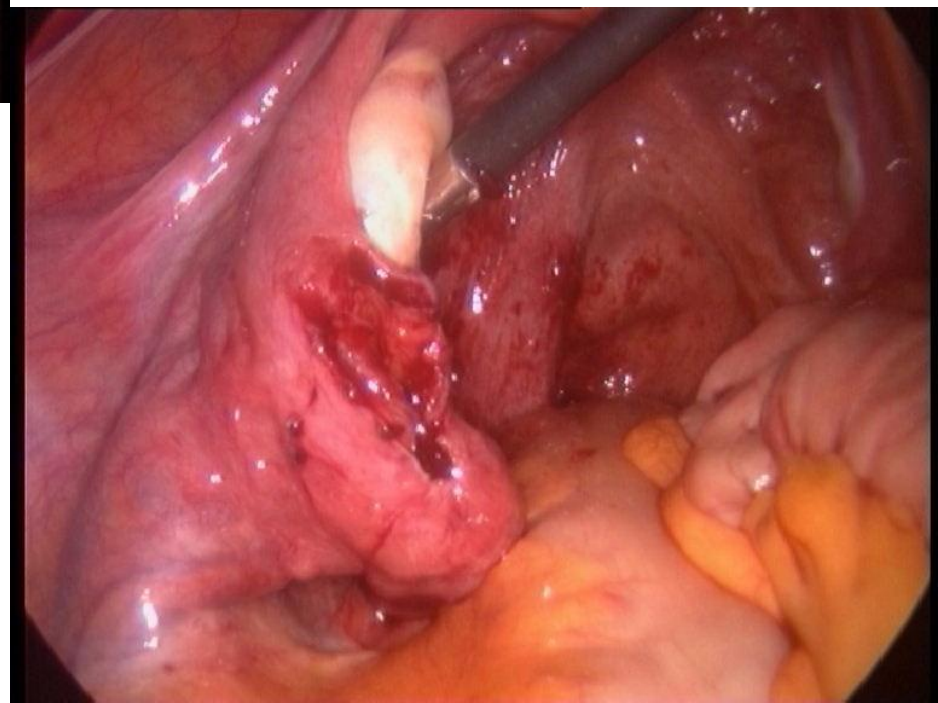
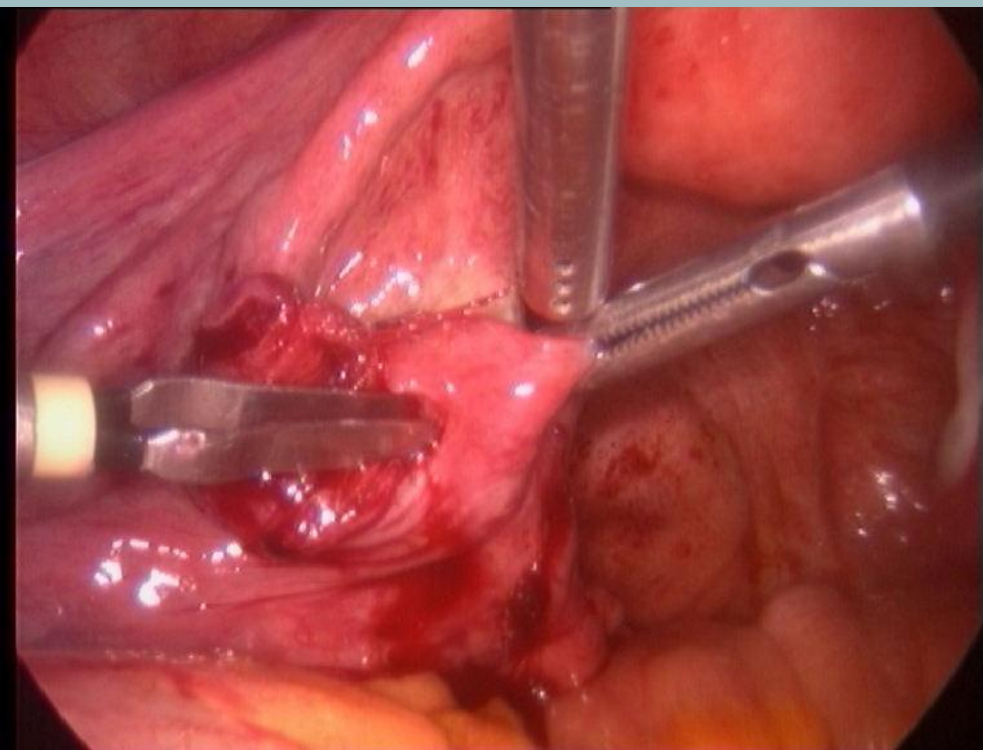
Salpingotomie



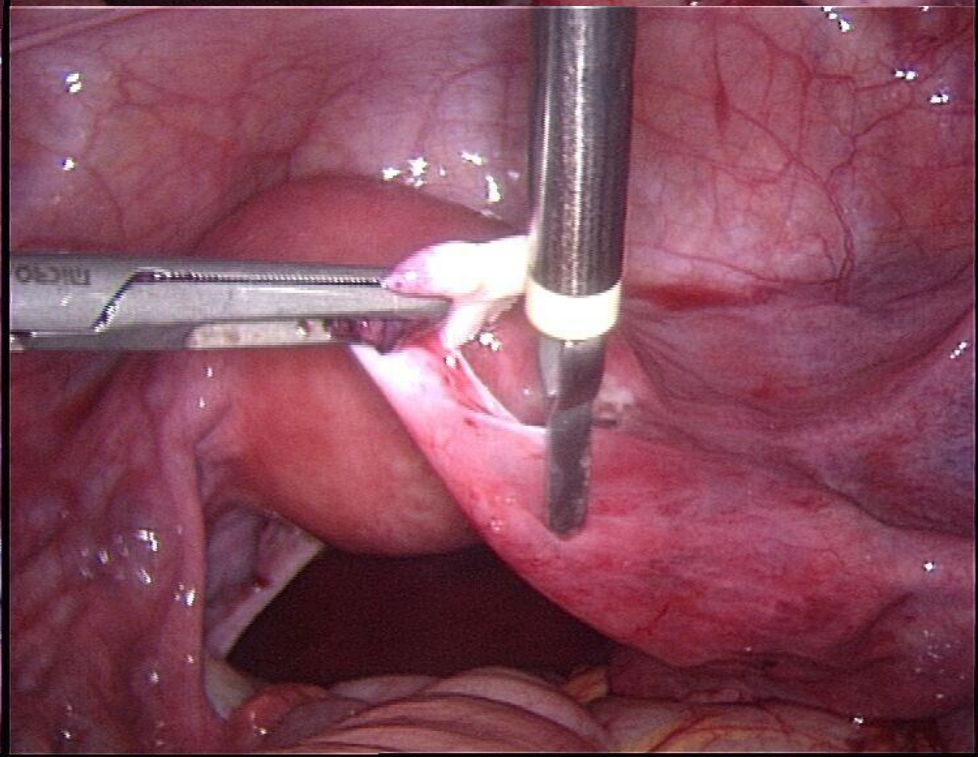
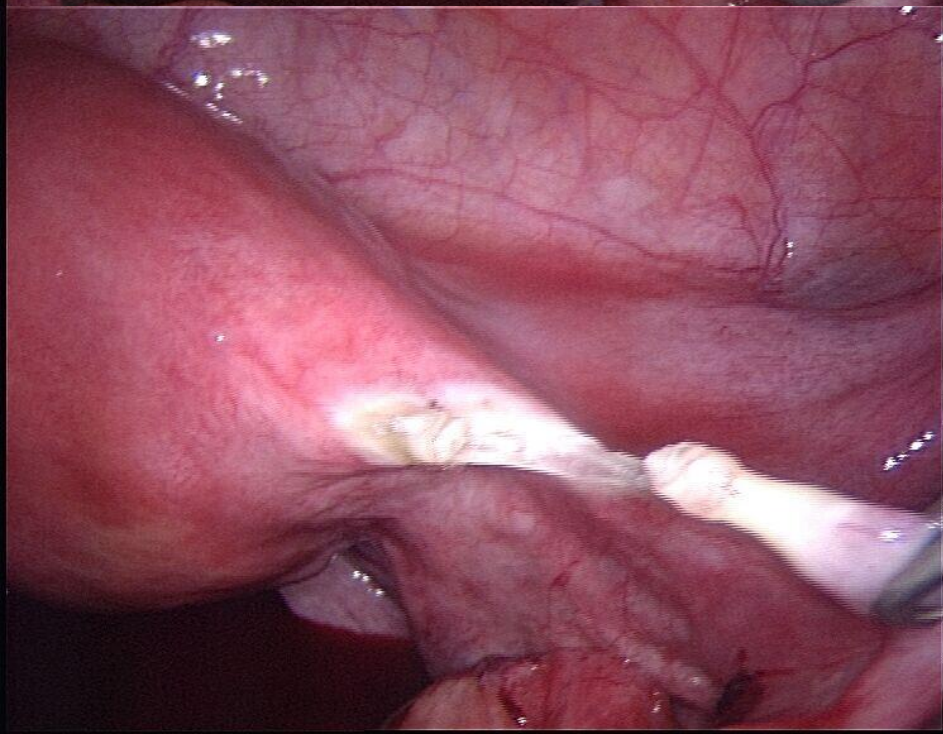
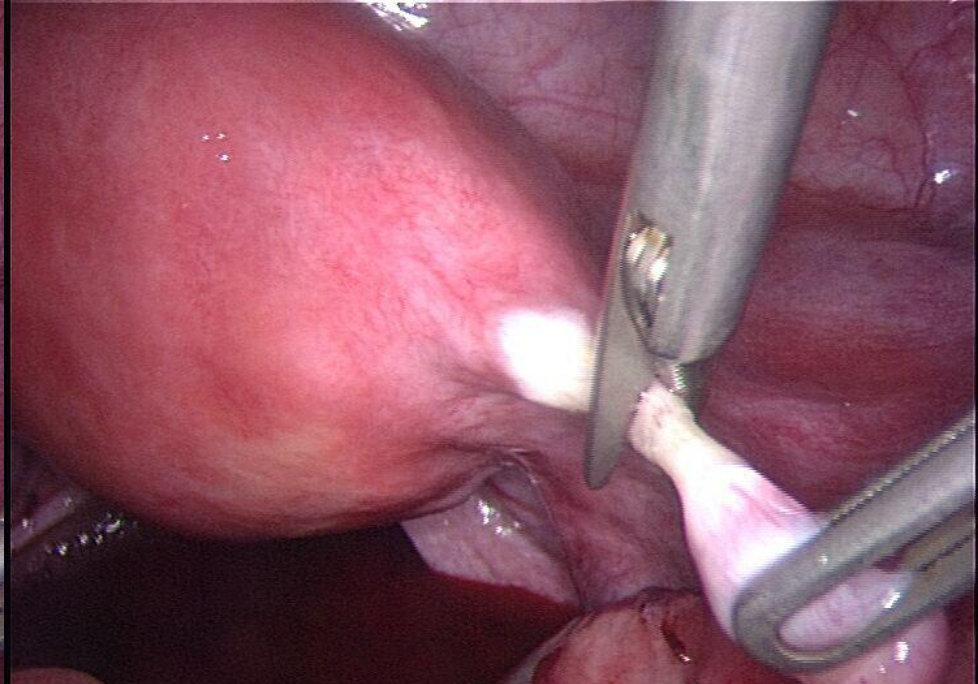
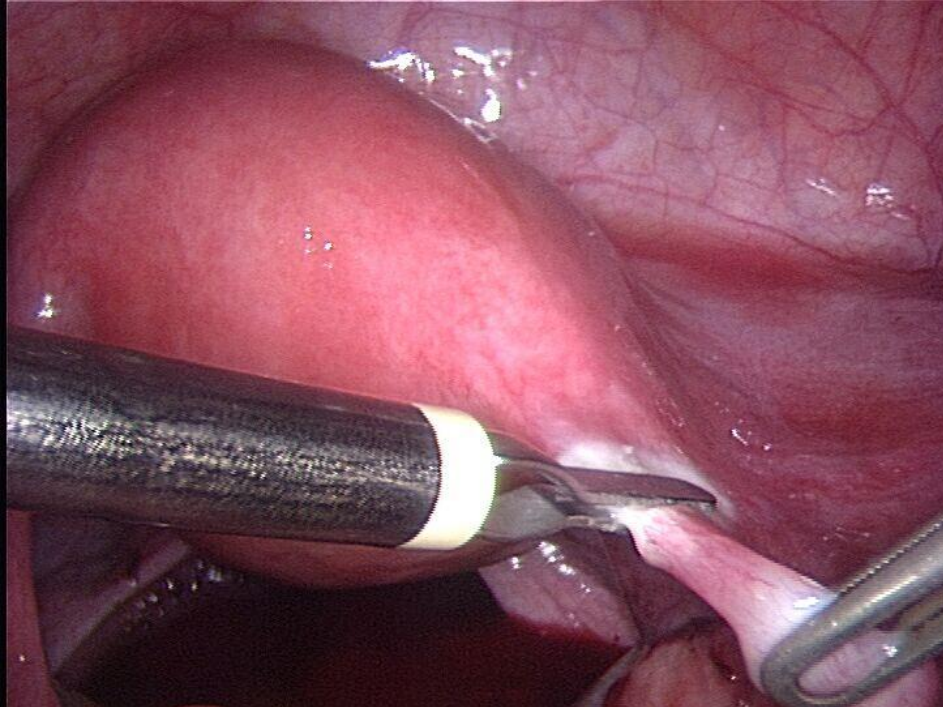


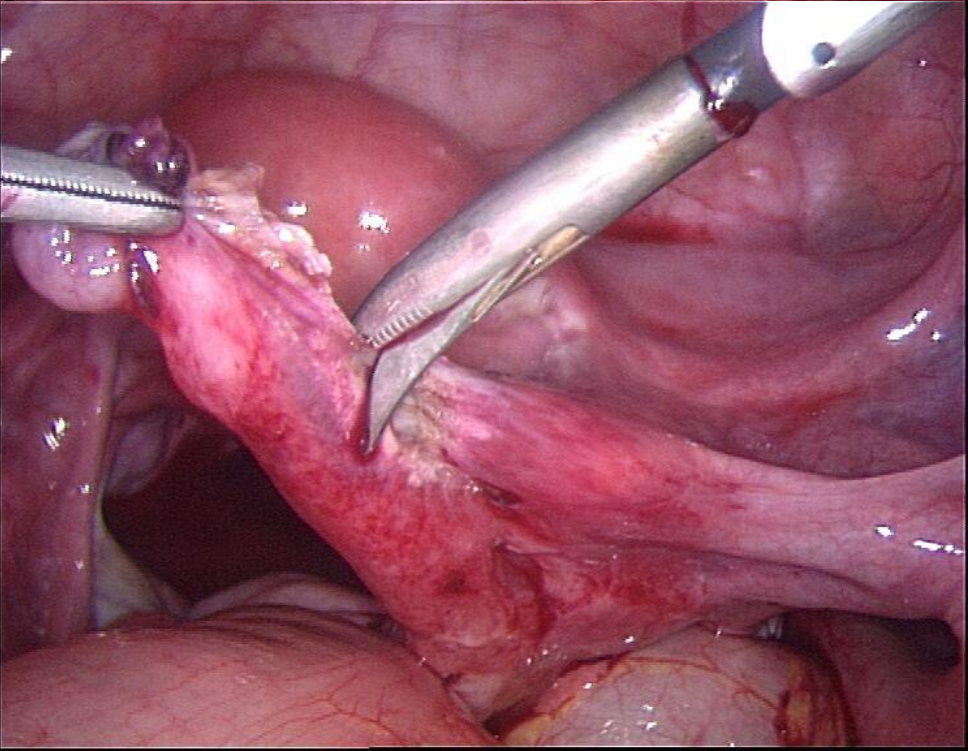
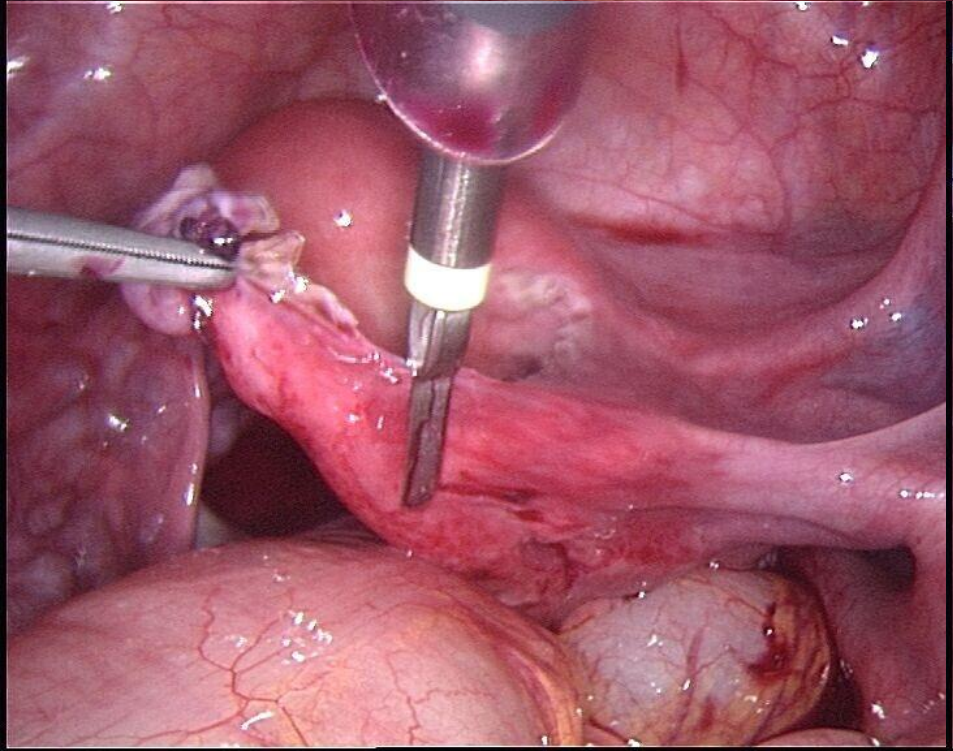
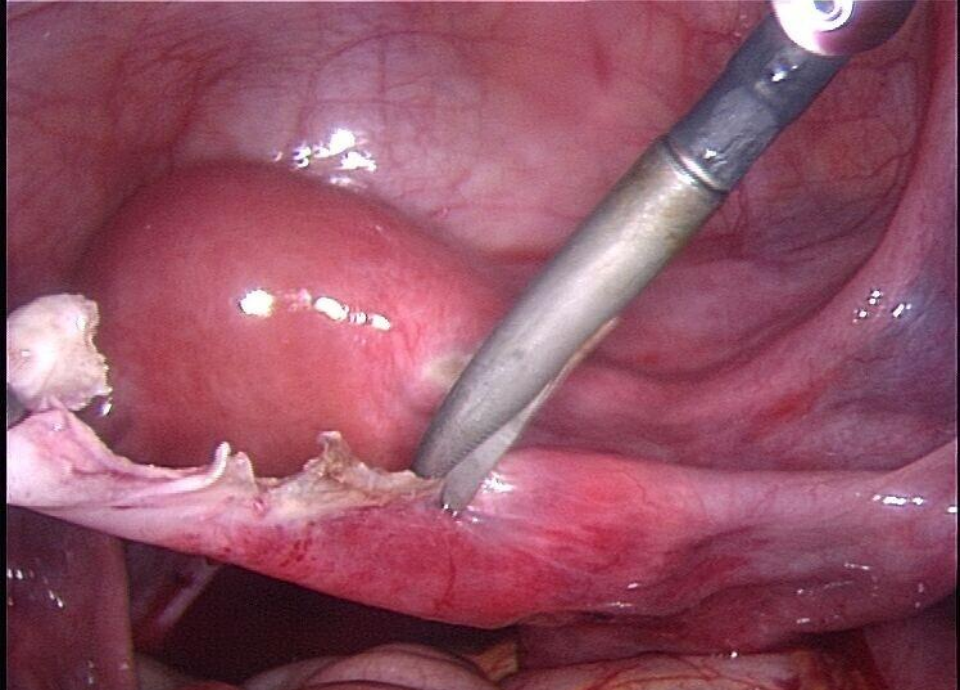
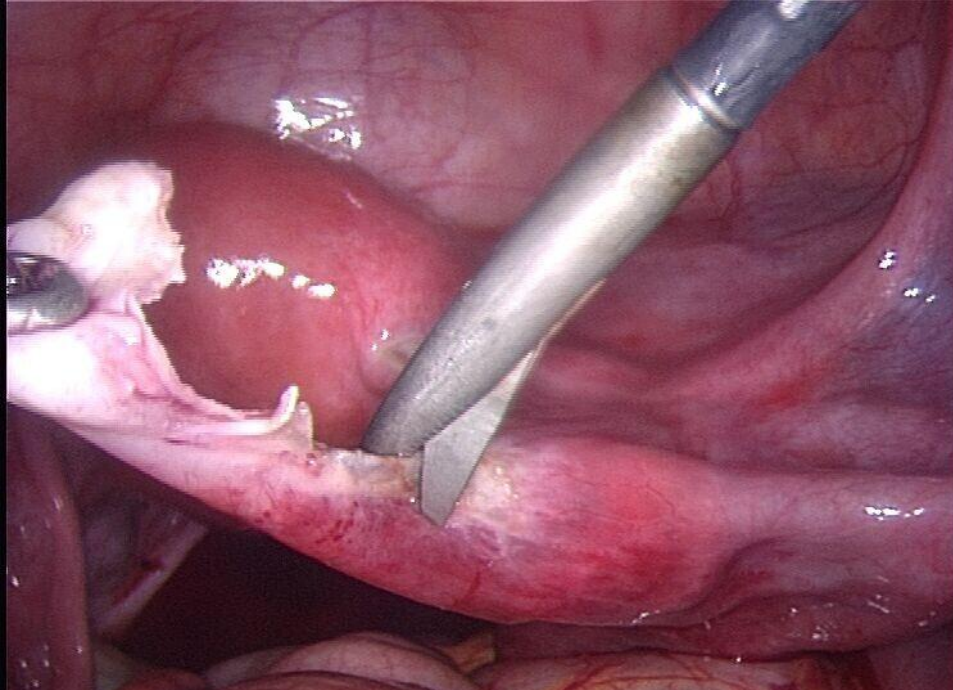


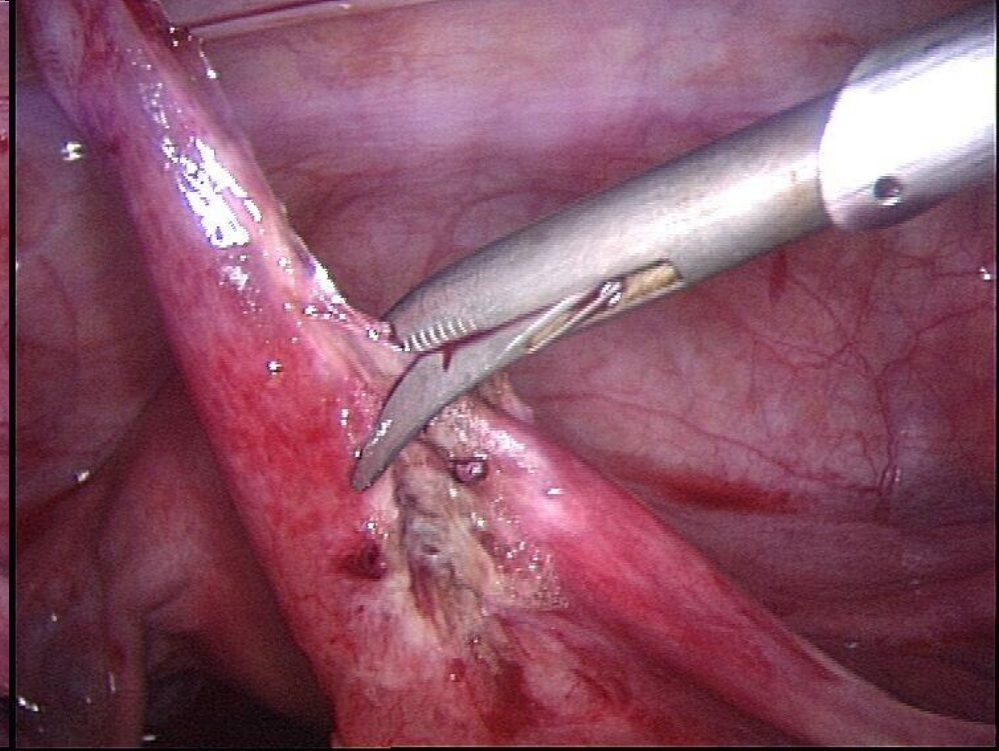
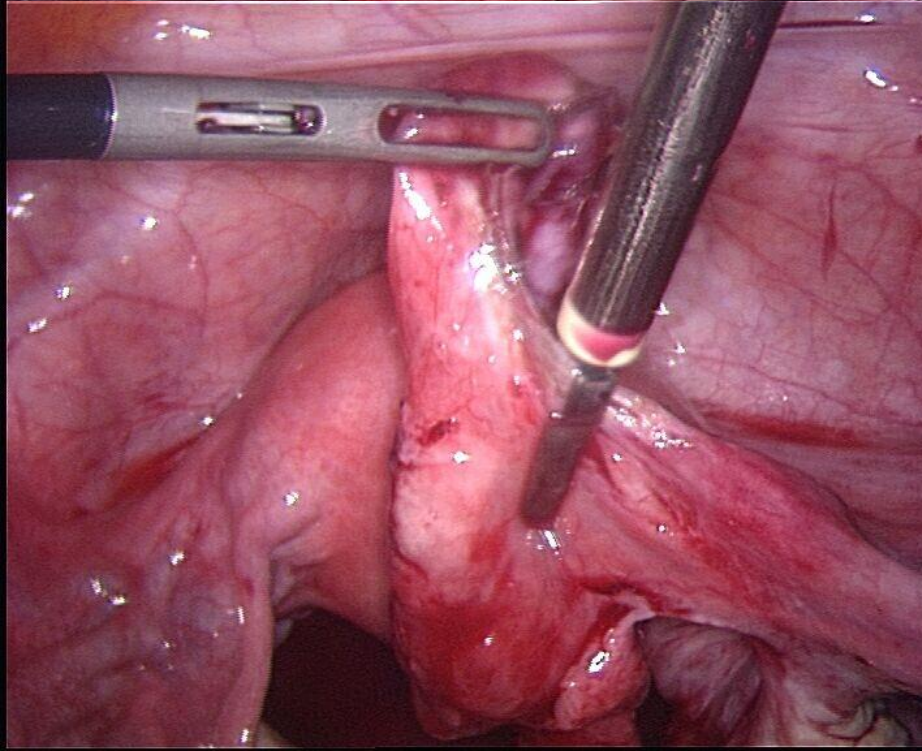
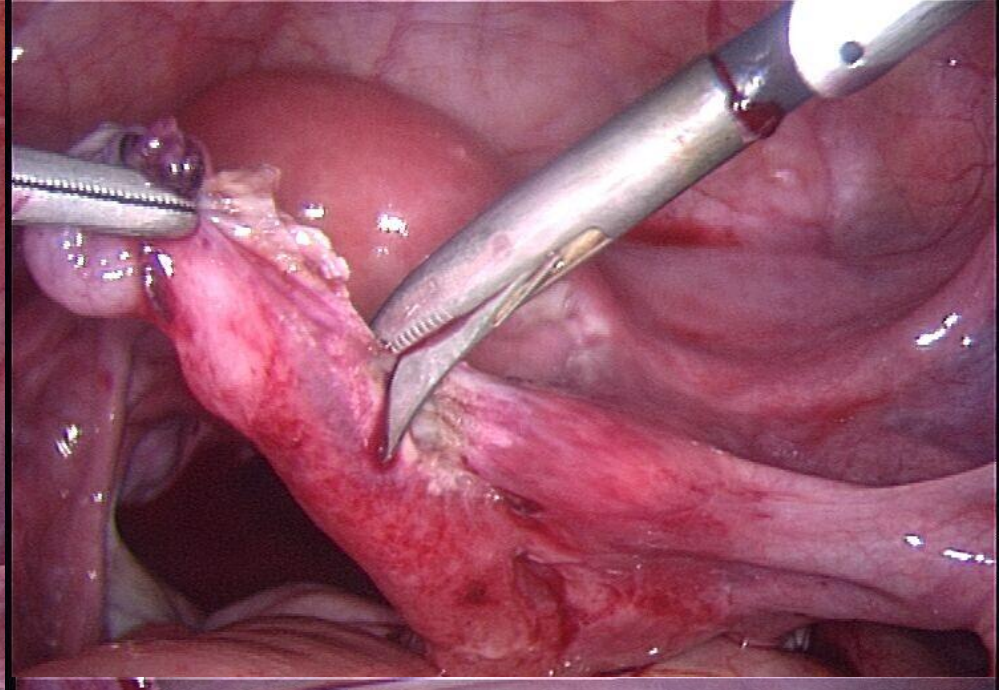
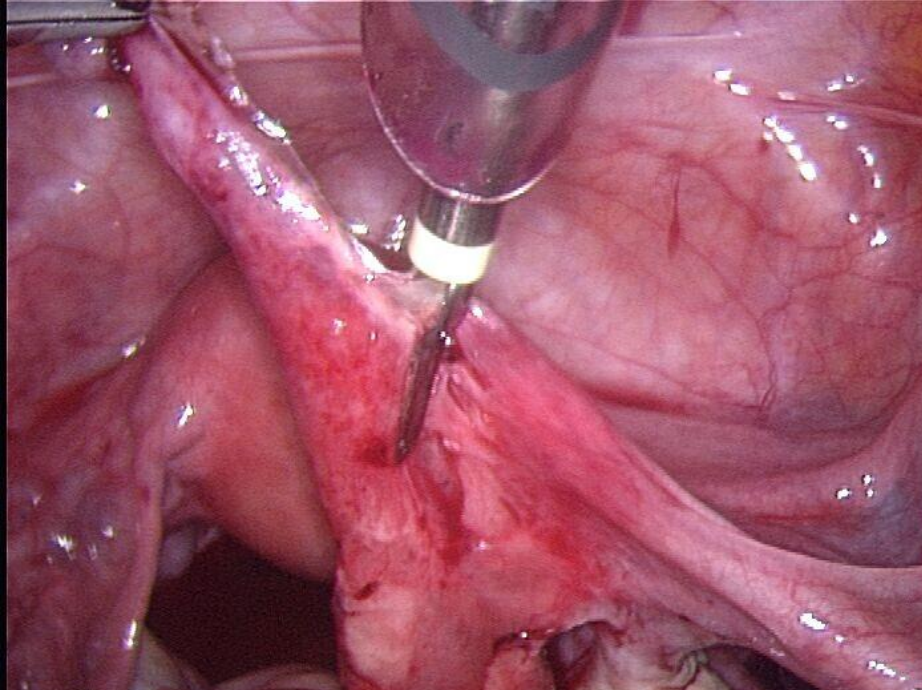


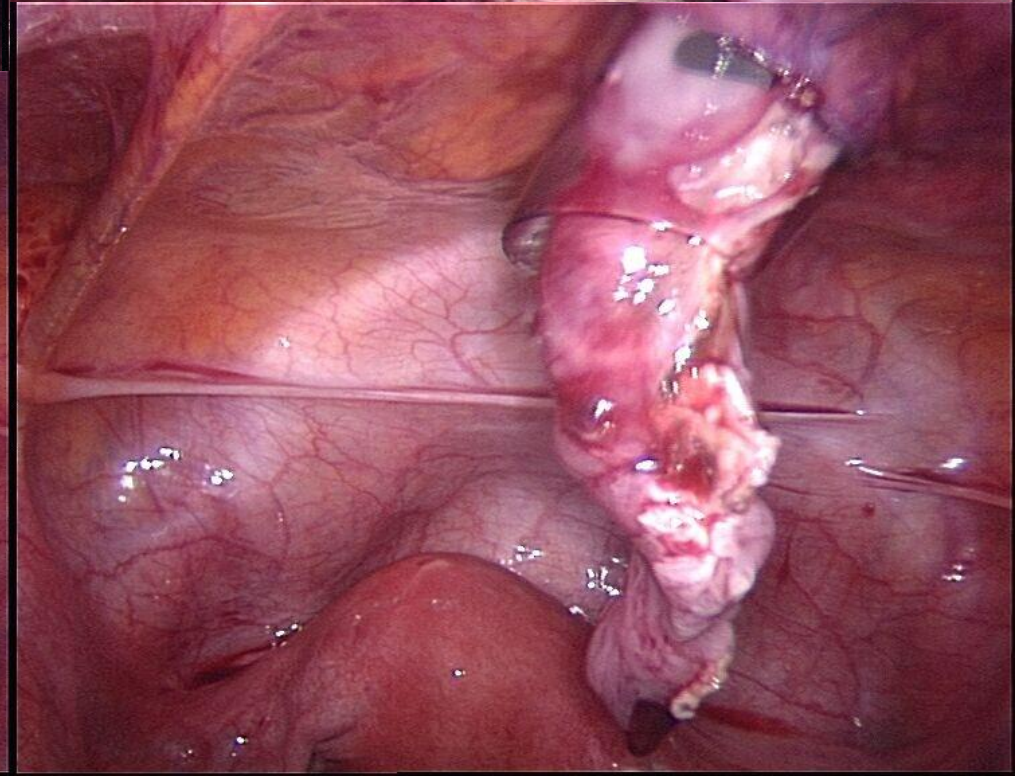
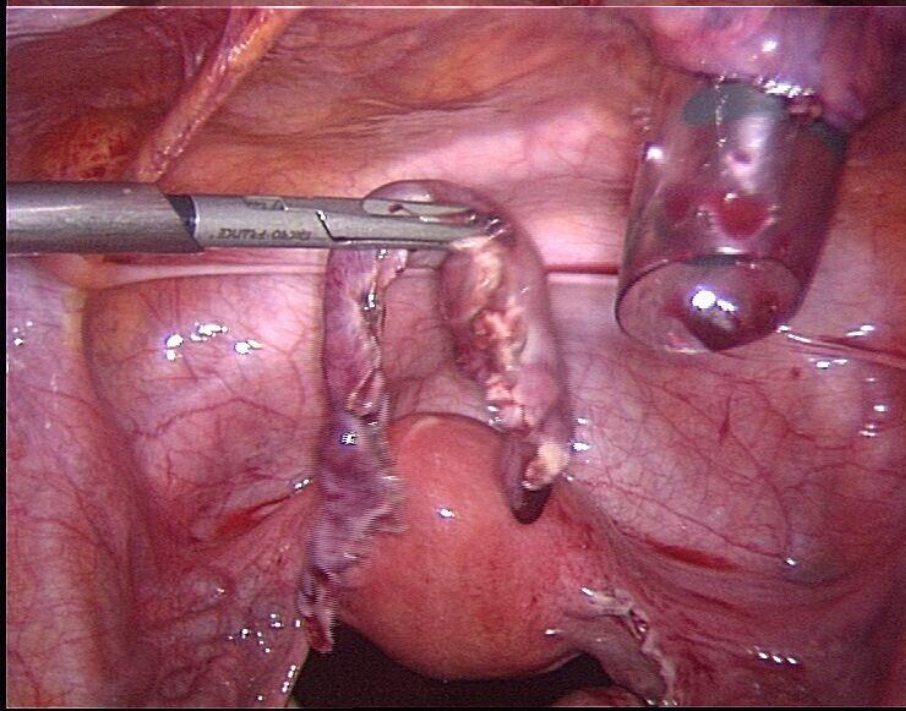
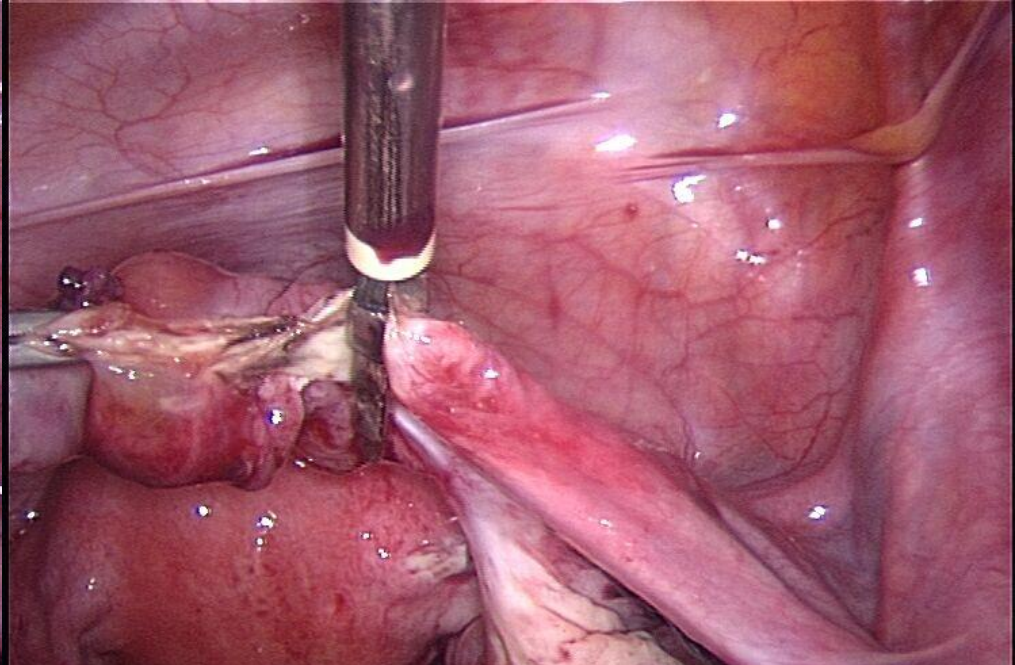
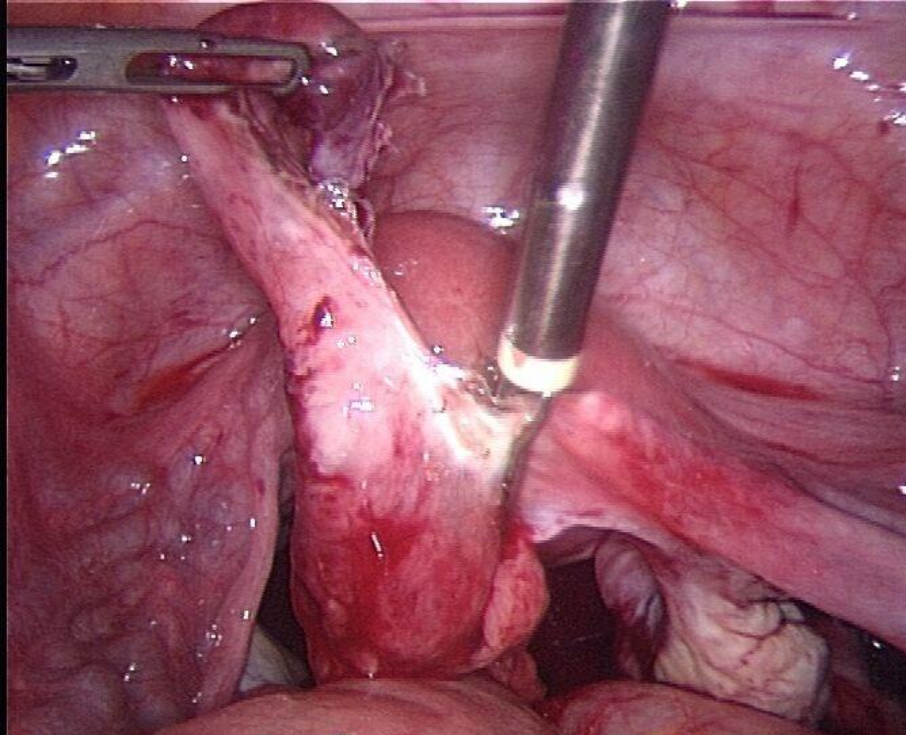


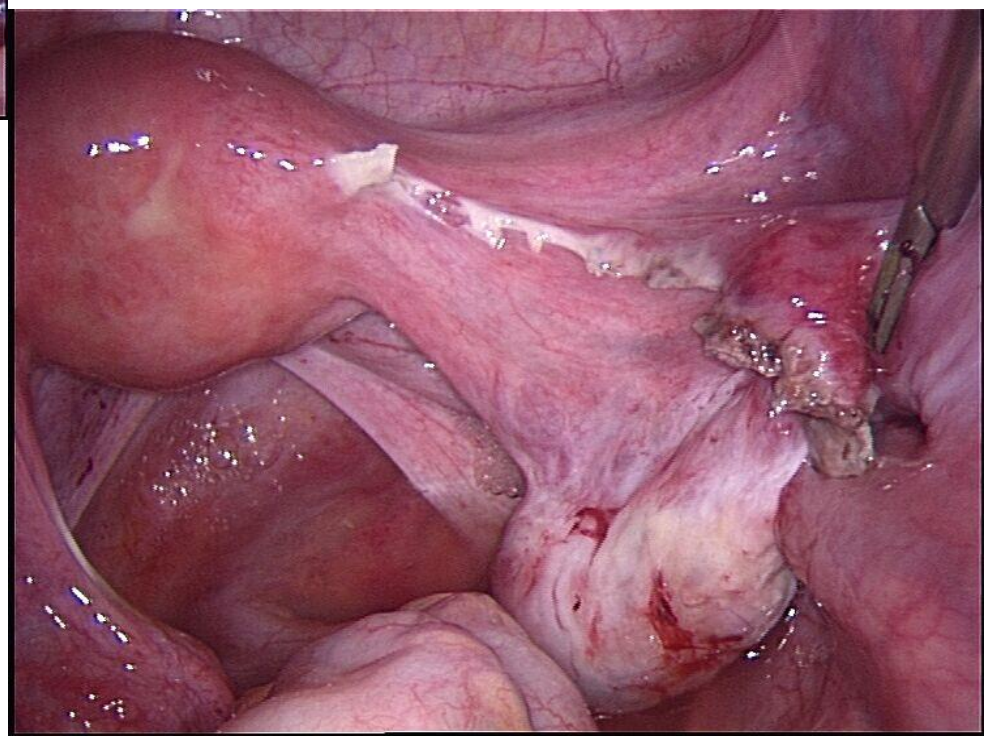
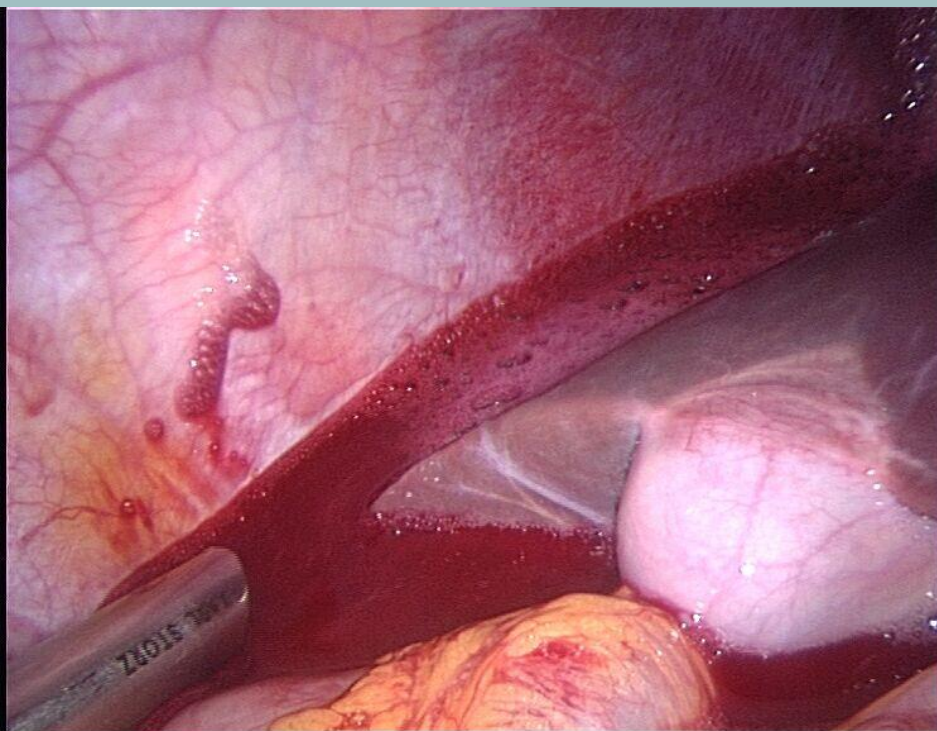
Salpingectomy











Récidives selon type de ttt chirurgical

- **Risque de récurrence serait à peu près identique dans les deux cas**
- **Taux de récurrence influencé par l'état de la trompe controlatérale et les antécédents de chirurgie tubaire**
- **J.Bouyer** (Br j Obstet Gynaecol 2000; 107: 714-721)

Traitement	Patientes (N)	Récidives (N)	Taux cumulatif à 2 ans
Radical	100	10	0,27 (0,12-0,55)
Conservateur	166	17	0,25 (0,14-0,42)

Fertilité selon type de ttt chirurgical

- **Taux de grossesse cumulée après traitement chirurgical 50 à 70 %**
- **Taux de grossesse similaires quelque soit la voie d'abord**
- **Comparaison salpingectomie vs salpingotomie:**
 - La fertilité n'est pas améliorée par un traitement conservateur sur trompes normales
 - Gain en cas de traitement conservateur si autres facteurs d'infertilité ou ATCD
- **La fertilité en cas de salpingectomie:**
 - Résultats dépendants de la qualité de la trompe controlatérale +++
 - Incidence des antécédents (obstétricaux, stérilité, chirurgie tubaire) et du terrain

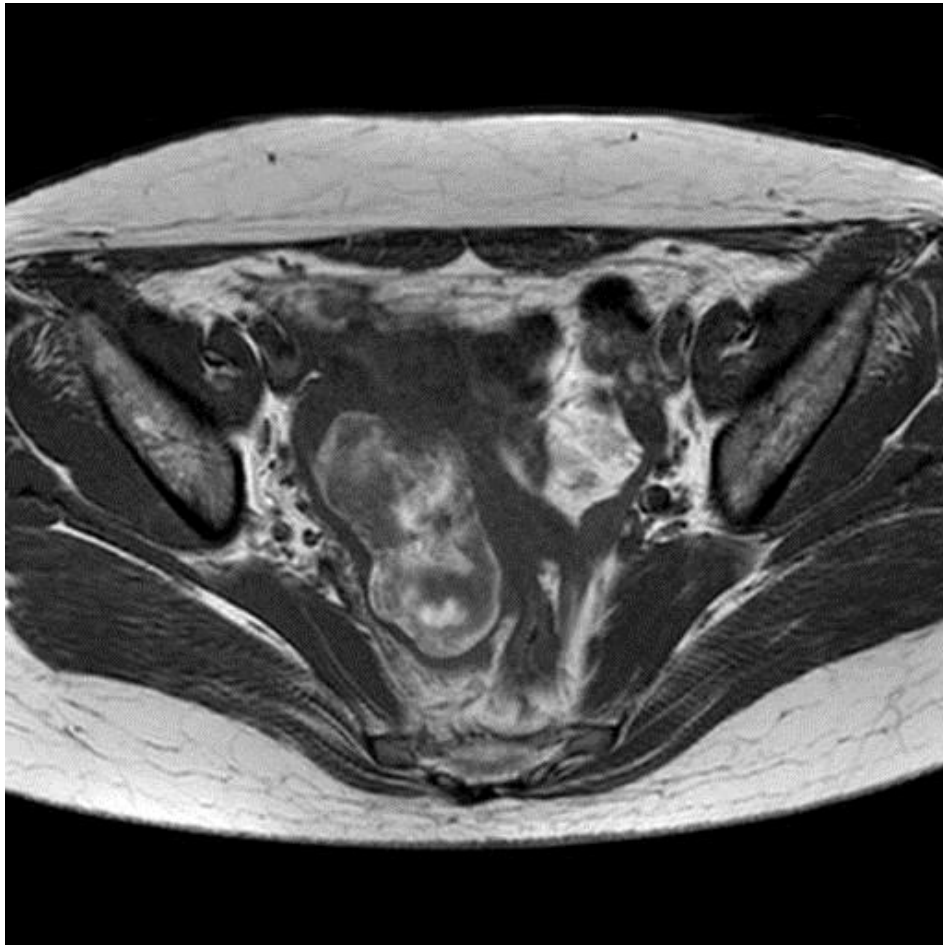
Salpingectomie vs salpingotomie

- **En cas de trompe normale et en l'absence d'ATCD:**
 - Traitement conservateur = Traitement radical
- **Dans les autres cas:**
 - Savoir évaluer les chances de GIU et de récives pour décider du traitement
- **La fertilité est corrélée à l'âge et aux antécédents:**
 - Le traitement de référence est conservateur
 - Le traitement radical se justifie, car plus simple, chez les patientes sans antécédent tubaire (ex:GEU sur stérilet), ou avec hydrosalpinx (AMP) mais pas systématiquement en cas de rupture

CONCLUSION

- **Traitement chirurgical de référence de la GEU**
- **Traitement médical : indications de plus en plus larges**
- **Toute patiente enceinte présentant des douleurs pelviennes et des métrorragies est porteuse d'une GEU jusqu'à preuve du contraire !**

T 1 (TSE)
hypersignal



T 2 (TSE)
hyposignal

