

04 11 2024

**La Grossesse extra-utérine et
les diagnostics différentiels de la
Grossesse Intra Utérine évolutive**

Professeur Olivier Dupuis

Chirurgien Gynécologue - Obstétricien

olivier.dupuis@chu-lyon.fr

Université de LYON - Hôpital LYON SUD Pierre Bénite

Plan

I. Anatomie

II. Définitions

III. Généralités

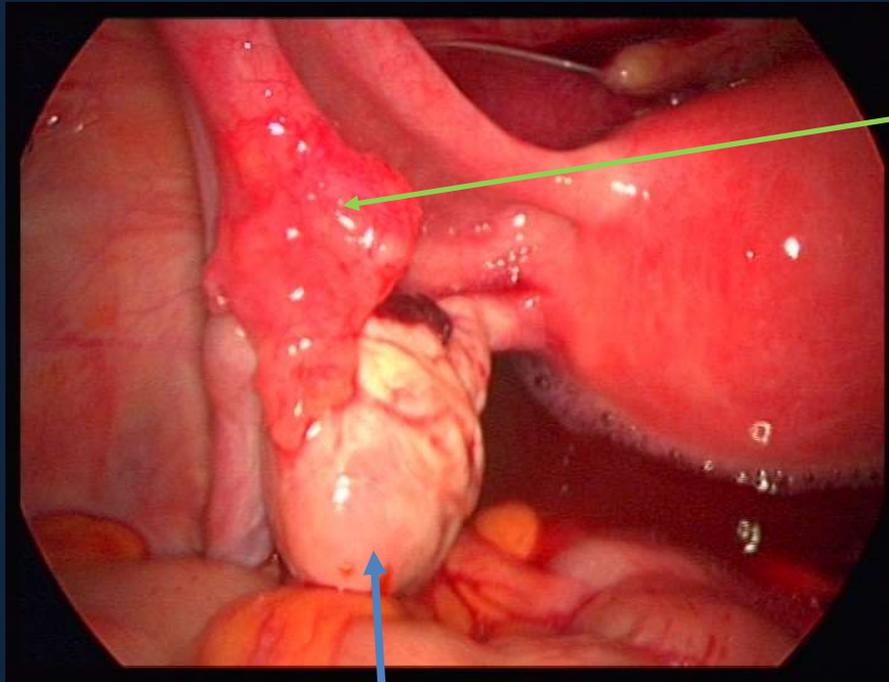
IV. GEU

V. Fausse couches

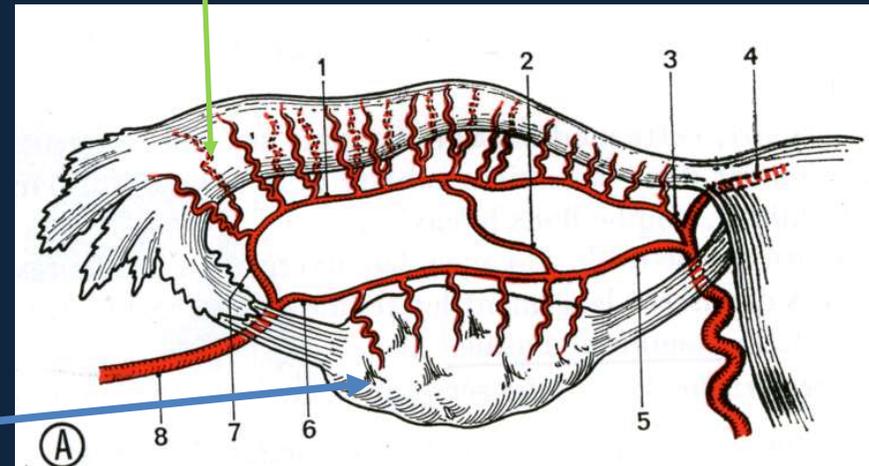
VI. Maladies gestationnelles trophoblastiques

VII. Conclusion

I. Anatomie



Trompe gauche



Ovaire gauche

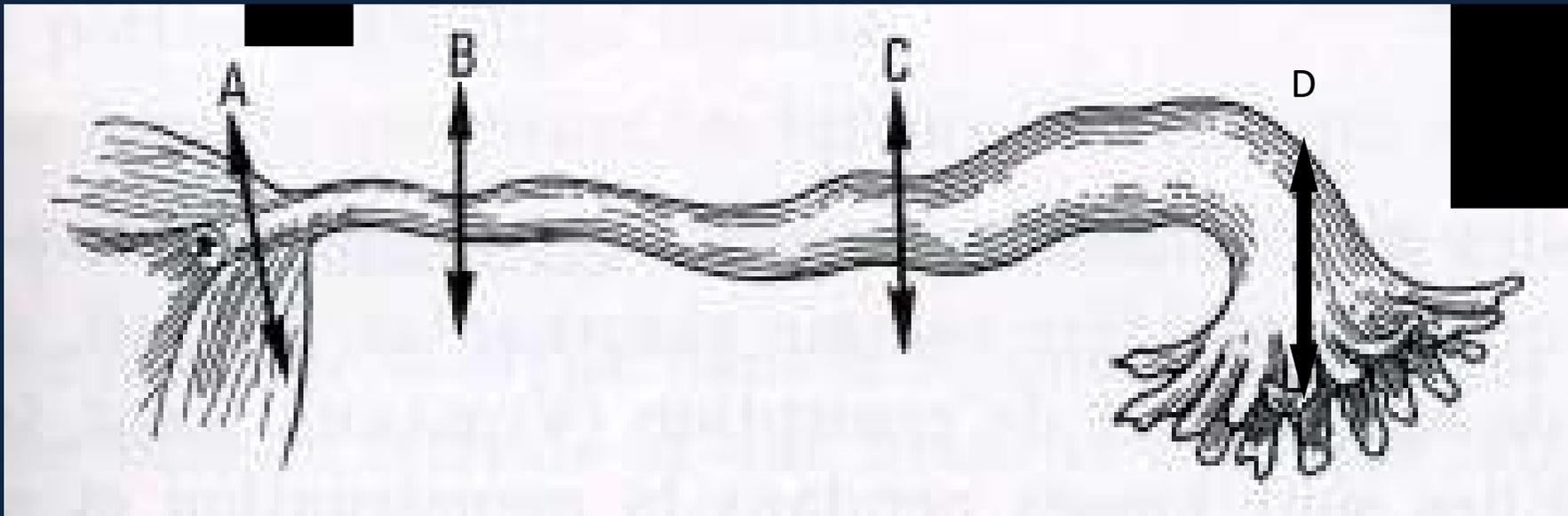
Définition « Annexe = Ovaire + Trompe »
(99% des GEU sont de localisation tubaire et 1% des GEU sont de localisation ovarienne)

Isthme de 3 – 4 cm

Ampoule

Pavillon avec
ses franges

Portion interstitielle
Dans la paroi utérine



Les 4 parties de la trompe

- Utérus est composé de trois parties

- Corps utérin

avec un fond utérin,
deux ostiums tubaires,
deux cornes utérines,
une cavité endométriale

- Isthme = la zone qui sépare le corps et le col

- Col utérin

une partie supra vaginale
une partie endo vaginale
un canal cervical
un orifice interne
un orifice externe

II. Définitions

Grossesse Intra Utérine Evolutive

Grossesse	BHCG + (urinaire ou sanguin)
Intra Utérine	Dans l'utérus ET au bon endroit dans l'utérus c'est-à-dire : pas dans le col, pas dans l'isthme, pas dans une cicatrice de césarienne
Evolutive	Avec une activité cardiaque +

Définitions

Grossesse Extra Utérine

Grossesse	BHCG + (urinaire ou sanguin)
Extra Utérine	<ul style="list-style-type: none">- Hors de l'utérus- ou dans l'utérus mais au mauvais endroit dans l'utérus c'est-à-dire : dans le col, dans l'isthme, ou dans une cicatrice de césarienne

Définitions

Grossesse Intra Utérine Non évolutive

Grossesse	BHCG + (urinaire ou sanguin)
Intra Utérine	Dans l'utérus et au bon endroit dans l'utérus c'est-à-dire pas dans le col, ni dans l'isthme, ni dans une cicatrice de césarienne
Non Evolutive	<ul style="list-style-type: none">- Sans activité cardiaque (Fausse couche)ou- Avec une valeur absolue d'HCG dans le même laboratoire qui a diminué- (Fausse couche)ou- Sans embryon (Œuf clair)

Acronymes

G.I.U	Grossesse Intra Utérine - GIU évolutive - GIU non évolutive = fausse couche
G.E.U	Grossesse Extra Utérine
G.L.I	Grossesse de Localisation Inconnue
G.H	Grossesse Hétérotopique = GEU + GIU
G.M	Grossesse Molaire

III. Généralités

- Fréquence ++

FCS = 10 – 20% des naissances = 80 000 – 160 000

GEU = 2% des naissances = 16 000 / an

G molaires = 0,3% = 2400 / an

- Complexité

Le diagnostic nécessite parfois plusieurs jours et la répétition des examens (BHCG et échographie endovaginale)

- Dangerosité

risque non nul de décès par hémorragie interne (GEU)

« La Grossesse Extra Utérine :
Y Penser toujours
c'est ne pas y penser assez »

Henri MONDOR

Quand faut il suspecter une GEU ?

Chez TOUTE FEMME EN PERIODE D'ACTIVITE GENITALE qui consulte pour

- Ou
 - Douleur abdominale
- Ou
 - Métrorragie
- Ou
 - Retard de règle
- Ou
 - Malaise
- Ou
 - Chute
- Ou
 - Douleurs scapulaires

Quand peut on exclure une GEU ?

Chez TOUTE FEMME EN PERIODE D'ACTIVITE GENITALE chez laquelle

Les BHCG sont négatifs

Ou

Quand les BHCG sont positifs si

L'échographie montre

Une GIU évolutive c'est-à-dire une Grossesse Intra Utérine Normalement

Implantée contenant un embryon avec une activité cardiaque ET des annexes

Normales*.

*Les annexes normales éliminent les rares cas de grossesse hétérotopique

On ne peut pas exclure un diagnostic de GEU

- **Sur les dires de la patiente** (« je viens pour une grossesse » ou « je viens pour une fausse couche »)
- **Sur le simple interrogatoire**
- **Sur une cinétique d'HCG** (croissante, décroissante ou stagnante)
- **Sur une échographie sans embryon visible** (répéter les échographies jusqu'à avoir vu l'AC)

IV. Grossesse Extra Utérine

(ectopic pregnancy)

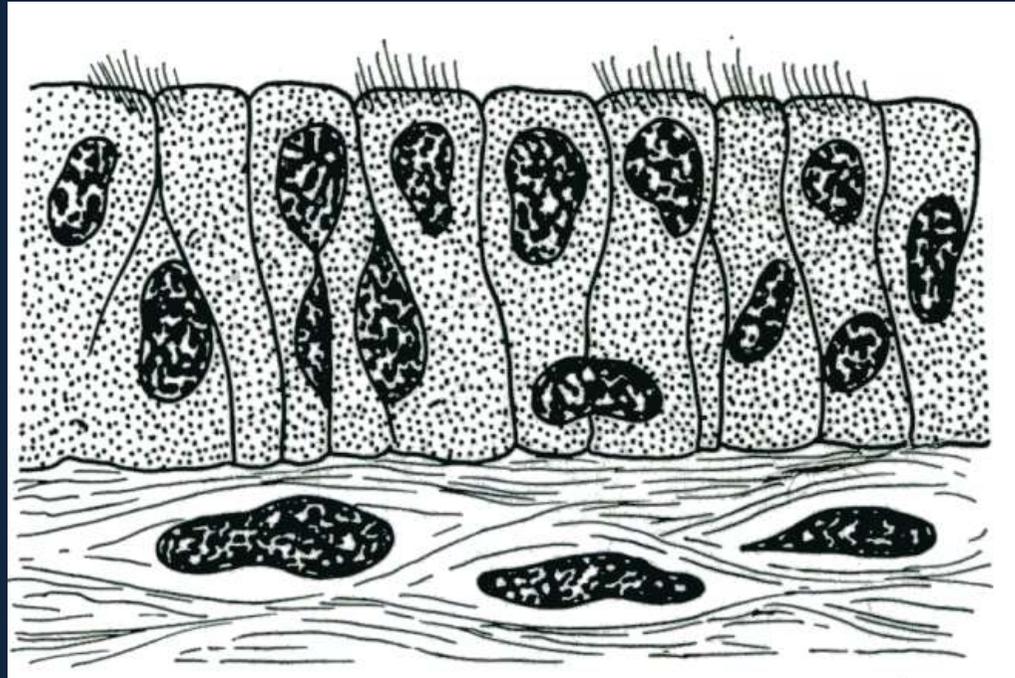
Plan

- A. Causes
- B. FDR
- C. Mode d'implantation et histoire naturelle
- D. Risques
- E. Formes rares
- F. Diagnostic clinique
- G. Diagnostic paraclinique
- H. Traitement

A. Causes de la G.E.U

- Lésions tubaires fonctionnelles
- Lésions tubaires organiques

- Lésions tubaires fonctionnelles : **Tabac**



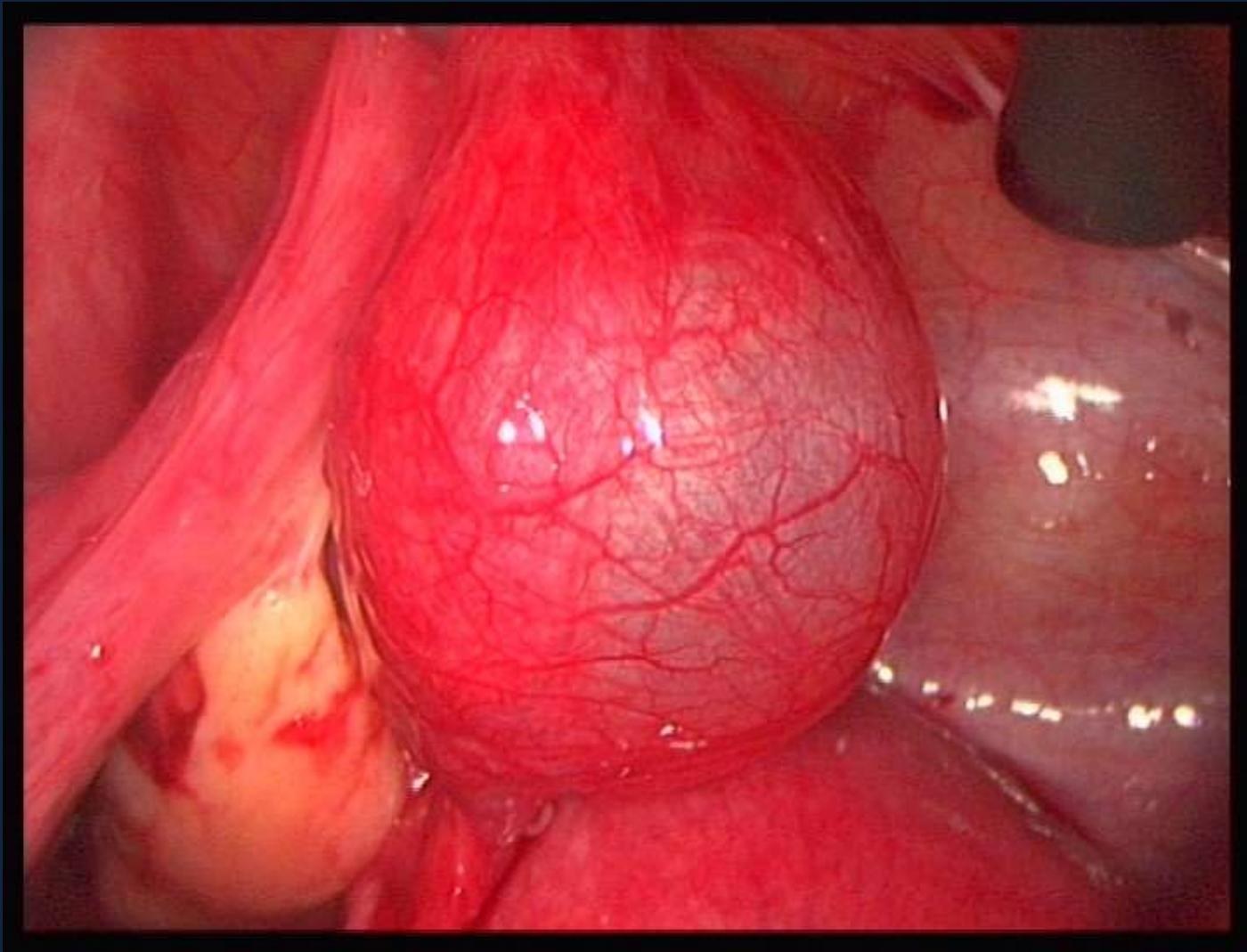
Le tabac entraîne un arrêt du fonctionnement des cellules ciliées tubaires / les cils des trompes assurent normalement le transport de l'embryon de la trompe vers le corps utérin +++

- Lésions tubaires organiques : **IST en particulier Chlamydiae**

B. Facteurs de risque de la G.E.U

Facteurs de risque	OR (95% CI)
Impact majeur	> 4
DIU au cuivre en place	4,2- 45 (2,5-733)
Stérilisation tubaire	9,3 (4,9-18)
Antécédent grossesse extra utérine	8,3 (6-11,5)
Antécédent chirurgie tubaire	21 (9,3-47)
Exposition au Distilbéne	5,6 (2,4-13)
Impact modéré	1,6 – 3,7
Antécédent gonorrhée	2,9 (1,9-4,4)
Antécédent chlamydia IgG>1/32	2,8 (2-4)
Antécédent chlamydia IgG>1/64	3,7 (2,9-4,7)
PID	2,5 (2,1-3)
Antécédent infertilité	3,6 (2,6-4,9)
Tabagisme	1,6 (1,4-2)
Nombre de partenaires sexuels>1	2,5 (1,7-3,7)
Antécédent port de DIU	1,6 (1,4-1,8)

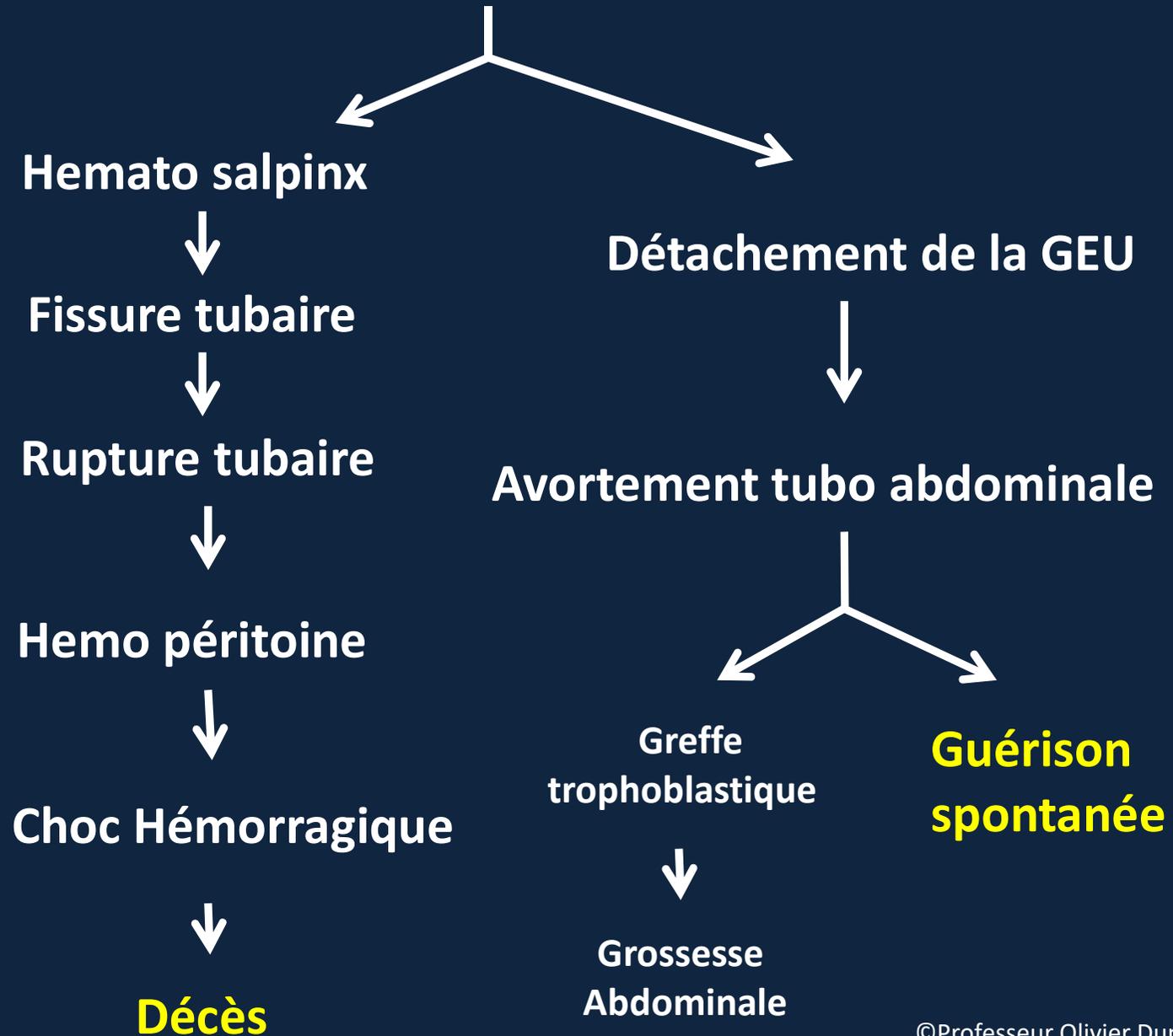
*C. Modes d'implantation et histoire naturelle**



GEU tubaires = 96% des cas dont 92% au niveau de l'ampoule

©Professeur Olivier Dupuis

HISTOIRE NATURELLE DE LA GEU



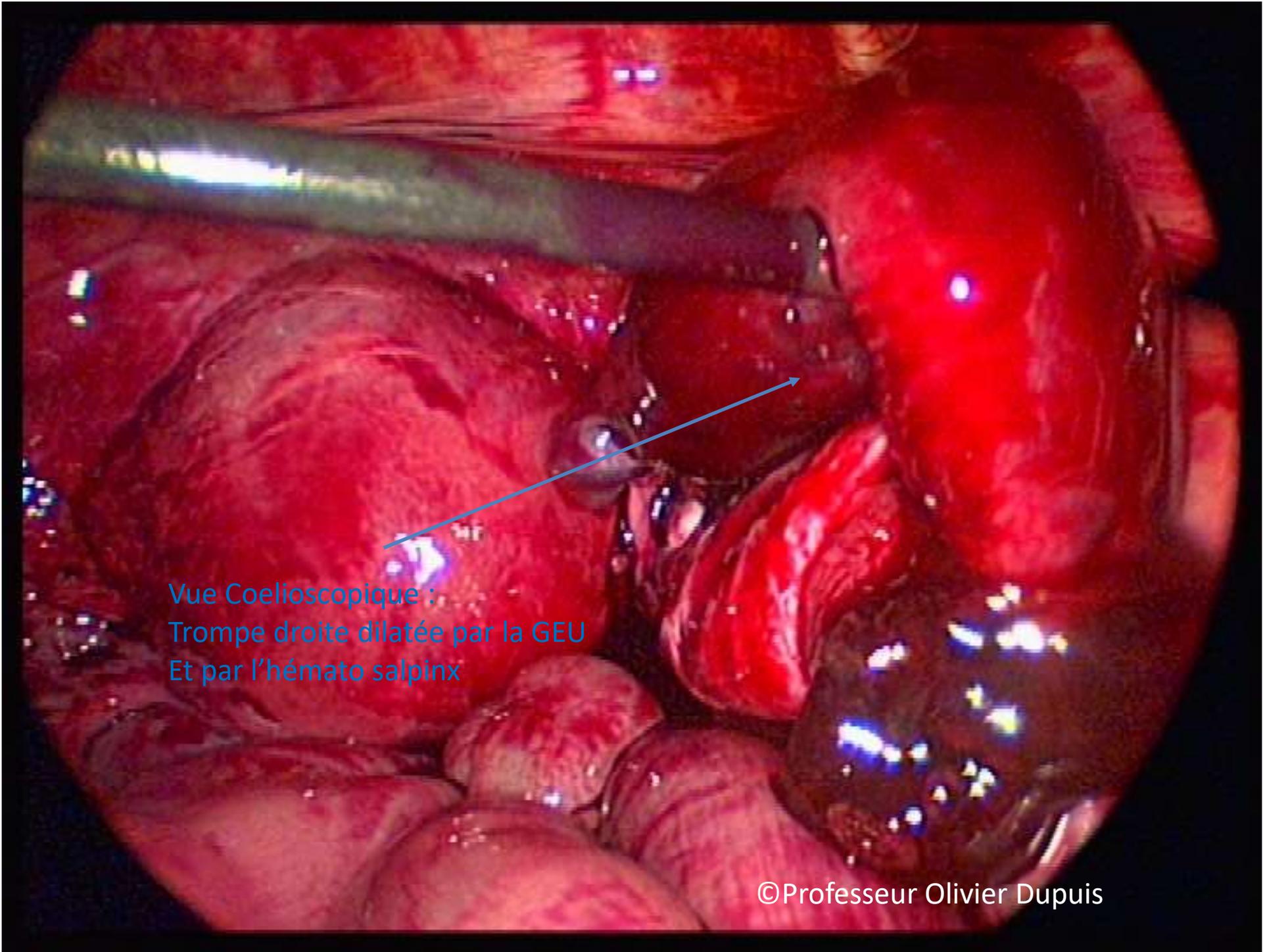
D. Risques de la G.E.U

Risque Vital :

- Hémorragie interne
- Trouble de coagulation / Choc hémorragique
- Décès

Risque Fonctionnel :

- Salpingectomie



Vue Coelioscopique :
Trompe droite dilatée par la GEU
Et par l'hémato salpinx

Volumineux hémopéritoine qui atteint
les couples diaphragmatiques responsable
de scapulalgies

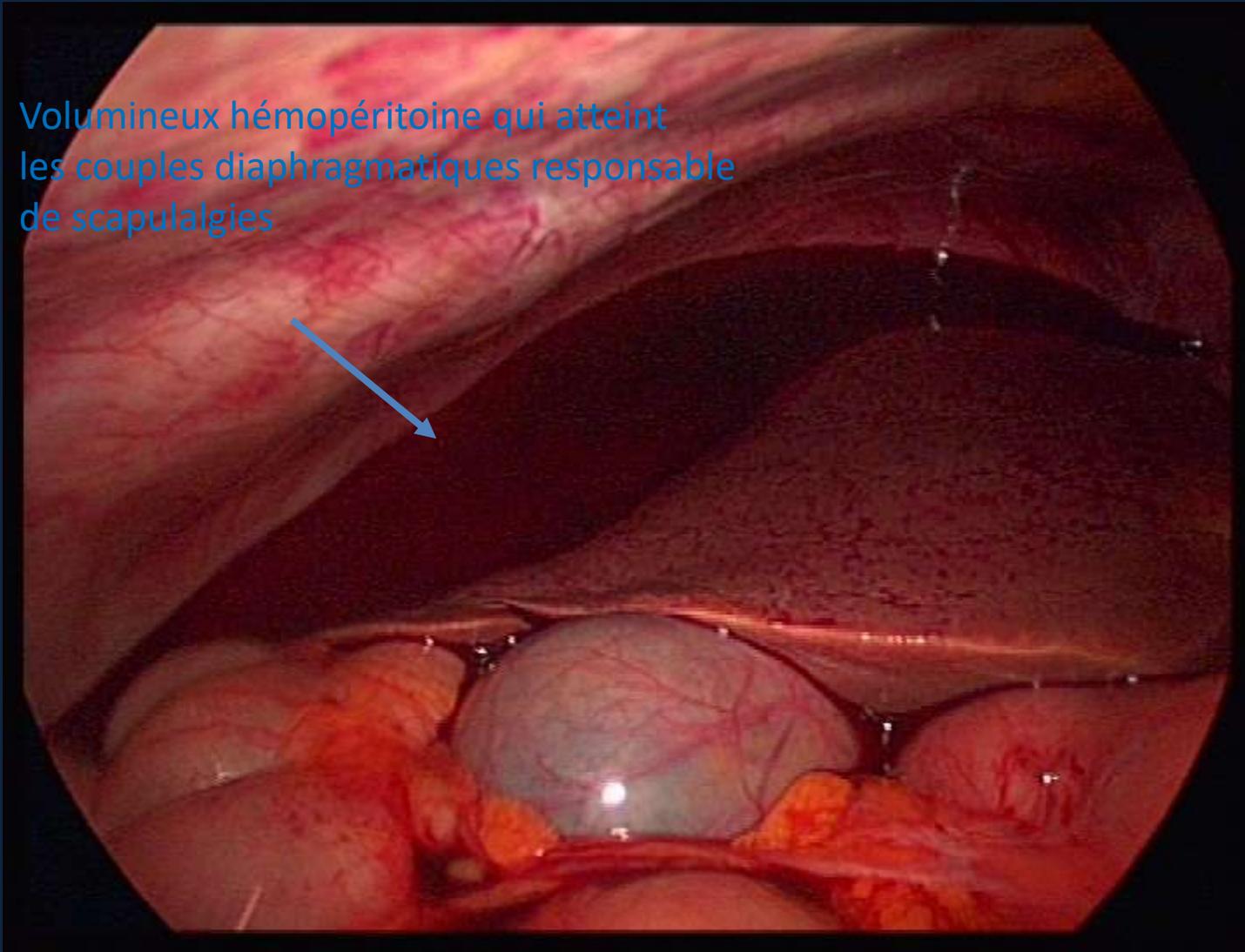


Photo Pr Olivier Dupuis

Bulletin épidémiologique hebdomadaire
19 janvier 2010 n°2/3

Décès maternel consécutifs à des hémorragies sur
des grossesses extra utérines :

De 2001 à 2003 : 7 femmes

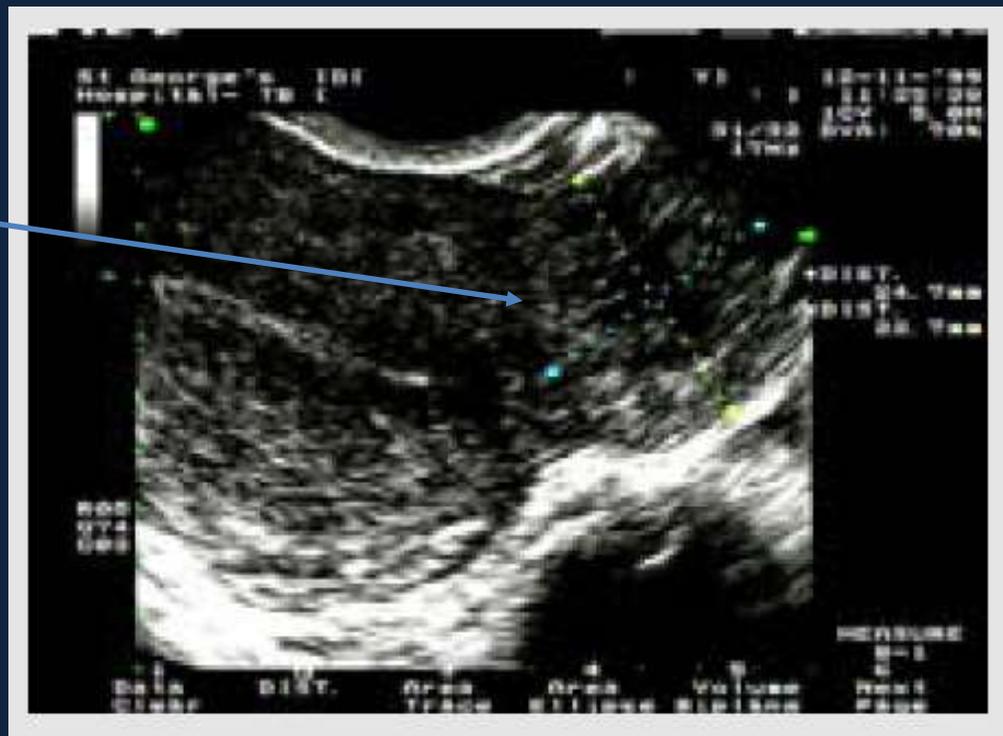
De 2004 à 2006 : **9 femmes**

E . Formes rares

- Grossesse hétérotopique =
G.I.U + G.E.U
- G.E.U bilatérales
- G.E.U Ovariennne
- G.E.U Abdominale
- G.E.U cornuale / cervicale / sur cicatrice
de césarienne .

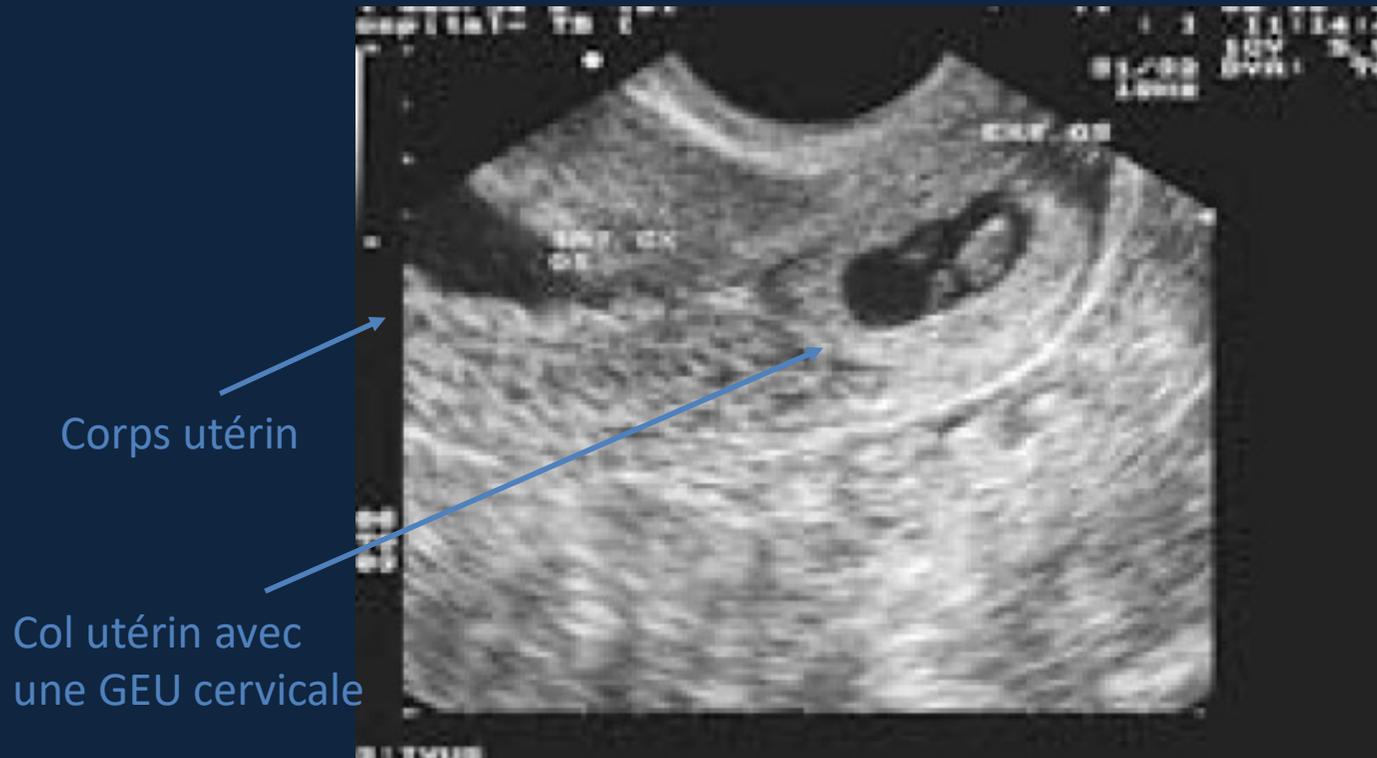
GEU Cornuale ou Interstitielle

GEU Cornuale
gauche



Echographie endo vaginale :
Coupe transversale de l'utérus

GEU Cervicale



Echographie endo vaginale :
Coupe longitudinale de l'utérus

GEU sur Cicatrice de césarienne



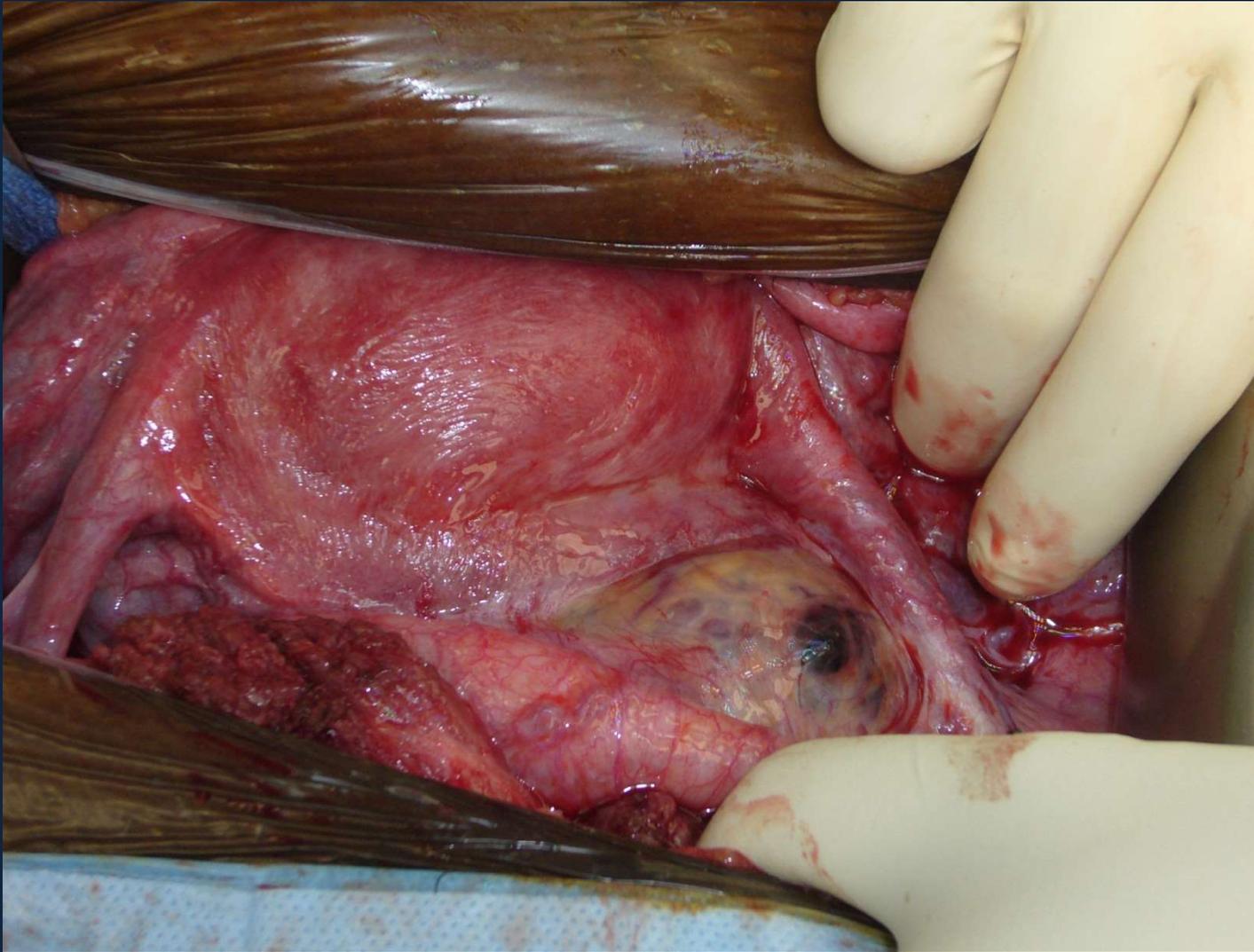


Photo Pr Olivier Dupuis

F . Diagnostic clinique

- ❑ Non spécifique
- ❑ De totalement asymptomatique à l'arrêt cardio respiratoire...
- ❑ Scapulalgie
évocatrice d' hémopéritoine +++
- ❑ Syndrome de Fitz Hugh Curtis
= douleurs de l'hypocondre droit intermittente
liée à des adhérences dites en « corde de violon »
situées entre le foie et la paroi abdominale
et secondaire à une IST par chlamydiae

G . Diagnostic Paraclinique *

- HCG
- Echographie

HCG

- ❑ Hormone glyco proteique
- ❑ Fabriqué par le blastocyste
- ❑ Deux sous unités : Alpha et Beta

HCG Alpha structure identique à celle de LH / FSH / TSH

HCG Beta

- ❑ Se + dès le 8^{em} jour post ovulatoire ie des le 2em jour du cycle

Quels sont les intérêts de la valeur absolue de HCG ? *

- ne renseigne PAS sur le siège de la grossesse ++
- ne renseigne PAS sur le terme de la grossesse ++
- Seul examen qui quand il est négatif permet d'exclure une G.E.U ++++++
- Savoir si on est au dessus ou au dessous du seuil de discrimination (seuil de Kadar) ++++++

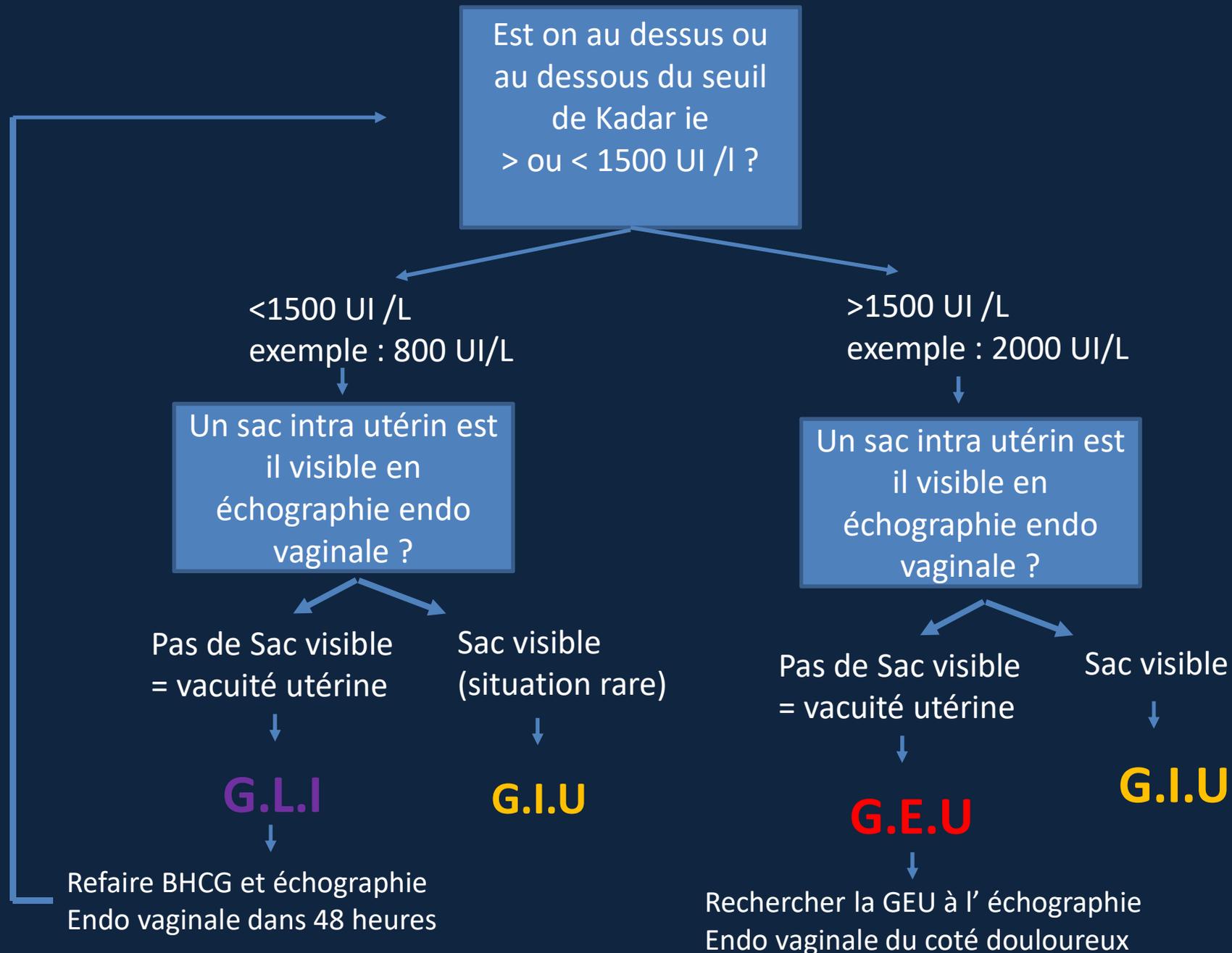
Le seuil de discrimination des HCG ? *

Décrit par Nicholas Kadar en 1981

Définition = Valeur d'HCG la plus faible au-delà de laquelle un sac endo utérin peut toujours être visualisé en échographie endovaginale ++++

En 2024, la valeur du Seuil est de 1500 UI / L

Comment Utiliser le seuil de discrimination ?



CAT si on est au dessous du seuil de Kadar:

- c'est la « zone d'ombre » ou se pose les problèmes
- Intérêt de la répétition des HCG toute les 48 h
- Dans le même laboratoire ++
- Des que l'on est au dessus du seuil plus de problème ... cf diapositive précédente
- Si on reste en dessous du seuil : cela reste une **Grossesse de Localisation Inconnue** donc soit une GEU soit une GIU.

Notion de cinétique des HCG ? *

- Le taux de doublement des HCG est de 48 heures *dans la plupart* des GIU évolutives ..

MAIS

- 20 % des GEU ont un taux de doublement normal
- 15% des GIU évolutives ne double pas en 48 heures et ont une augmentation de moins de 66%
- Prudence avec ce taux

Taux à 48 heures

Diminution



- GEU
 - FCS
 - « Grossesse de localisation Inconnue »
- Mais une diminution de la valeur des BHCG élimine la « GIU Évolutive » +++*

Augmentation



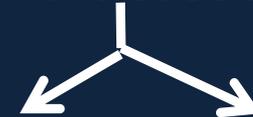
Valeur / seuil ?



Au dessous

- GEU
- GIU
- FCS

Au dessus



Pas de Sac
intra utérin
GEU

Sac
intra utérin
GIU
FCS

Echographie

- Voie endovaginale
- Sonde de haute fréquence, bonne machine
- Opérateur expérimenté
- Seuil de Kadar +++
- Attention aux pièges

□ Signes Directs* (dans 85% des cas ils sont situés du côté du corps jaune)

-- Grossesse dans la trompe

- Petites images de 1-2cm = adnexal ring

= image anéchogène c'est-à-dire noire entourée d'un anneau hyperéchogène mesurant entre 3 et 40 mm

- Douleur au passage de la sonde ++

- Hematosalpinx : « masse annexielle »

(Sp 99% et Se 84%)

□ Signes Indirects*

-- Surtout Au dessus du seuil de HCG ET utérus vide ++++

= « Vacuité utérine »

-- Epanchement dans le douglas ou dans les GPC

-- Pseudo sac dans l'utérus

Comment différencier un vrai sac intra utérin d'un pseudo sac dans une GEU ?

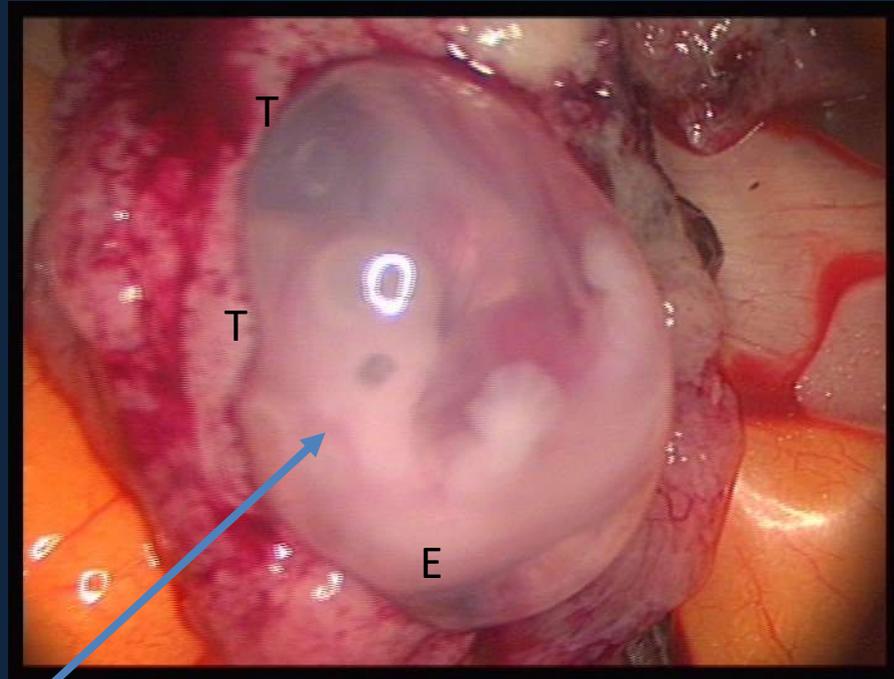
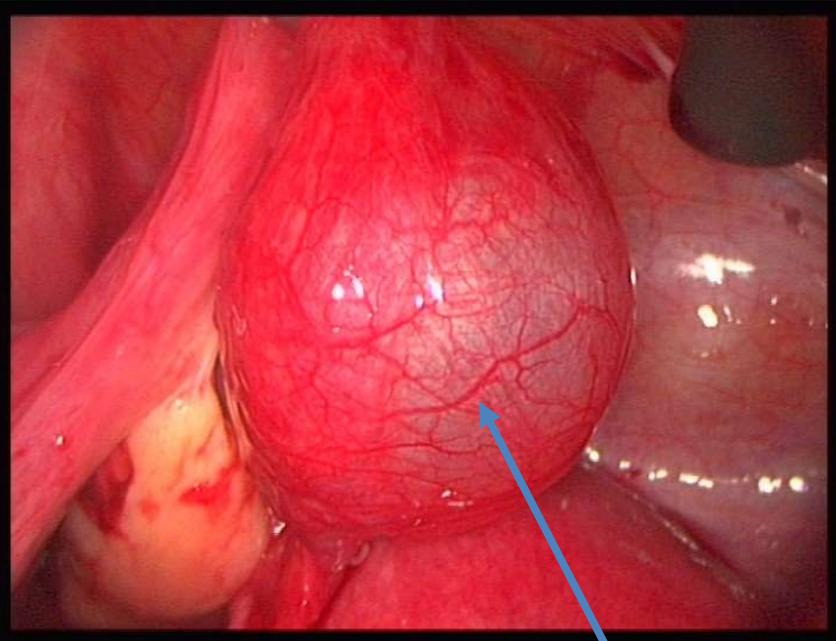
	GIU	GEU
Dénomination	Sac intra utérin	Pseudo sac
Localisation	Excentré	Médio cavitaire
Couronne trophoblastique c'est-à-dire image blanche autour du sac ?	+	Non
Vésicule vitelline = Anneau blanc ?	+/-	Non
Embryon ?	+/-	Non
Physiologie	Sac gestationnel	Endomètre déidualisé Hémorragie endo cavitaire



Signe direct : image tubaire « adnexal ring »



Signe direct : image tubaire « embryon avec ou sans ac »
Image para ovarienne de petite taille



GEU Tubaire droite (image de gauche) , une fois la salpingotomie réalisée (image de droite) on voit le sac contenant l'embryon (E) et le Trophoblaste (T) en périphérie

Photo Pr Olivier Dupuis



Signe indirect : épanchement du cul de sac de douglas



Signe indirect : pseudo sac

H. Traitement de la G.E.U

- ✓ Abstention
- ✓ Traitement médical = Méthotrexate
- ✓ Traitement chirurgical = Salpingotomie ou Salpingectomie

Le traitement médical Méthotrexate

©Professeur Olivier Dupuis

- ❑ Tanaka 1982
- ❑ Antagoniste de l'acide folique inhibe l'enzyme = dihydrofolate reductase donc empêche la synthèse de l'ADN
- ❑ Action surtout sur le cytotrophoblaste et moins sur le syncytiotrophoblaste qui produit l'HCG
- ❑ Une injection unique de 50mg / M² ou 1mg/kg

- ❑ Dosage à J4 puis J7
(86% des cas avec augmentation entre J1 et J4)
- ❑ Jusqu'à négativation complète des HCG +++
- ❑ Taux de succès de 90 %
- ❑ Attention aux contre indications du MTX

Contre Indications du Traitement médical*

- ❑ Absence de compréhension ou mauvaise compliance exemple : parle pas français conditions socio économiques difficiles +++
- ❑ Etat hémodynamique instable
- ❑ Epanchement dans les GPC
- ❑ Antécédent de GEU homolatérale
- ❑ Algorithme ne permettant pas un diag médical

Contre Indications du Traitement médical*

BHCG > 10 000 UI/l (echec = 20%) (International)

Ou BHCG > 5 000 UI / l (En France)

Embryon avec une AC +

Epanchement péritonéal significatif (correspond dans 60% des cas à une rupture tubaire)

Bilan pre MTX : plaquettes / NFSP / ASAT ALAT

Le traitement chirurgical de la grossesse extra-utérine

A. Objectifs du traitement ?

- Éliminer un risque vital
- Reprise rapide des activités
- Diminuer le risque de récurrence
- Sauvegarder la fertilité
- Conserver une GIU

B. Modalités du Traitement chirurgical

- Salpingotomie ou
- Salpingectomie ou
- Expression tubaire simple ou
- MTX In situ sous cœlioscopie

« Salpingotomie »

- Ouverture de la trompe
- Evacuation de la GEU
- La trompe n'est PAS enlevée
- Ce Traitement est dit « conservateur »
- Attention même si le médecin souhaite faire une salpingotomie il faut toujours prévenir la patiente du risque de salpingectomie d'hémorragie ...

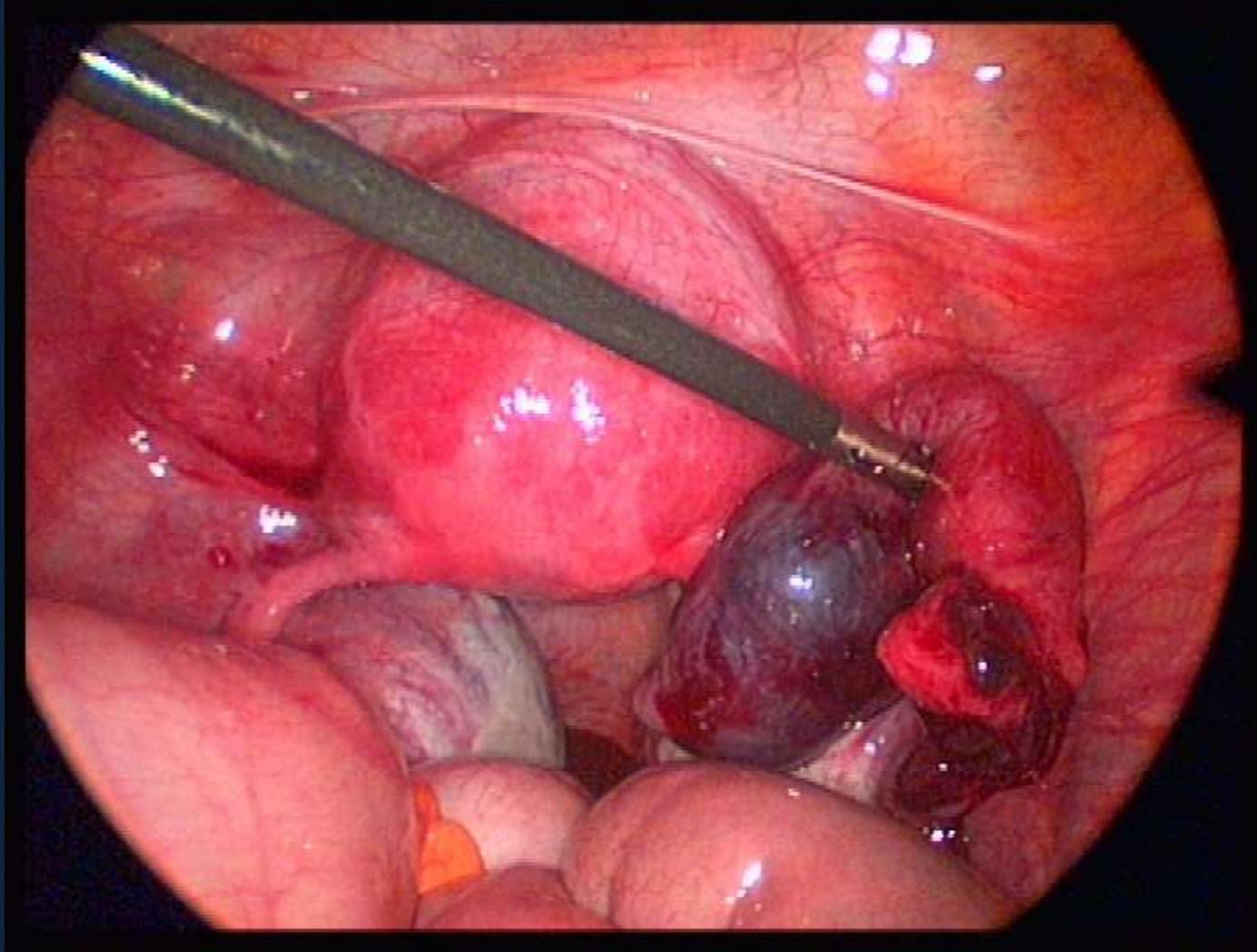
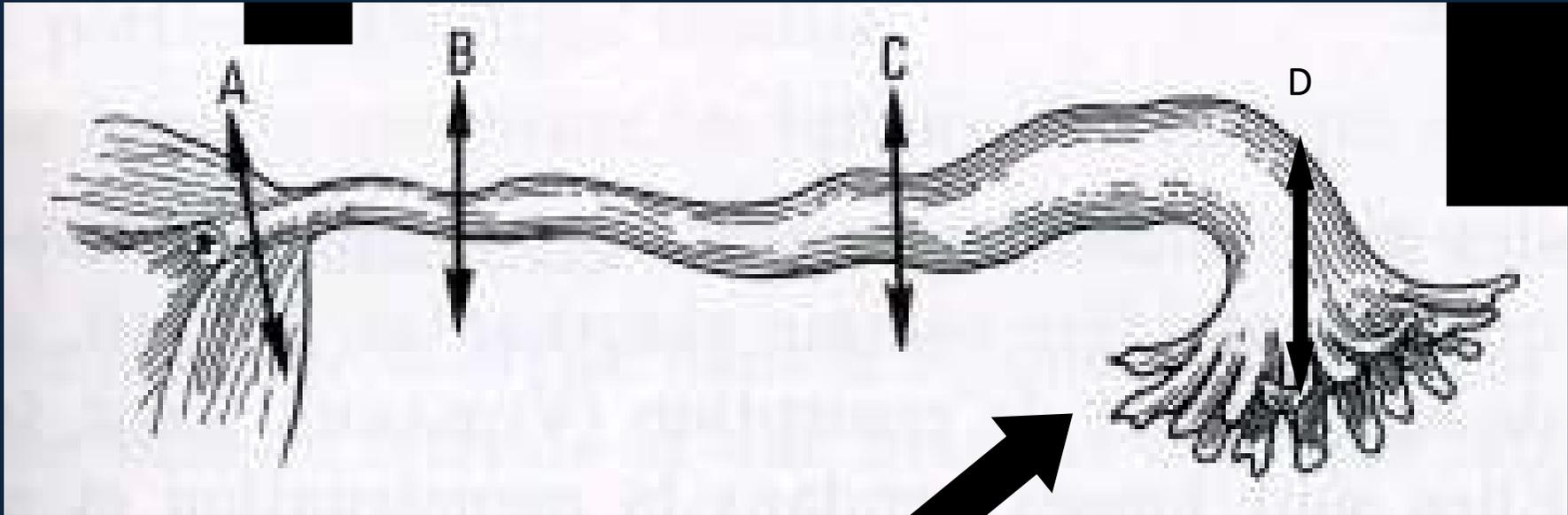


Photo Pr O Dupuis

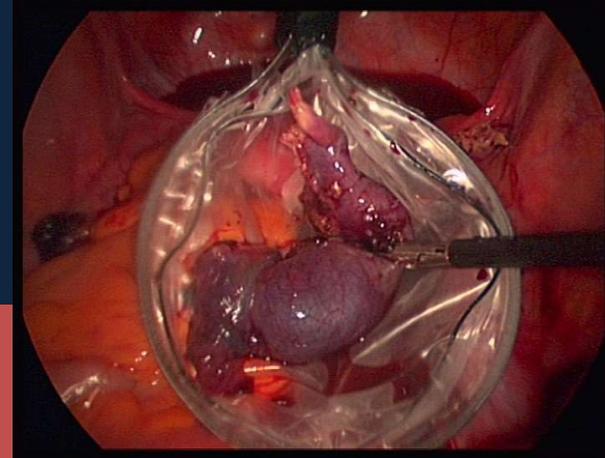
« Salpingectomie »

- **On enlève la trompe qui contient la GEU**
- **Traitement « radical »**
- **On laisse l'ovaire**



Expression tubaire simple GEU pavillonnaire

- **Extraction par sac de la GEU**
- **Irrigation lavage ++**
- **Examen anatomopathologique ++
on demande la recherche de « Villosités
trophoblastiques » +++**



Soins post opératoires

- **Contrôle anatomopathologique**
- **Contrôle de la négativation des BHCG +++**
- **Suivi précoce si nouvelle Grossesse**

Traitement médical ou chirurgical ?

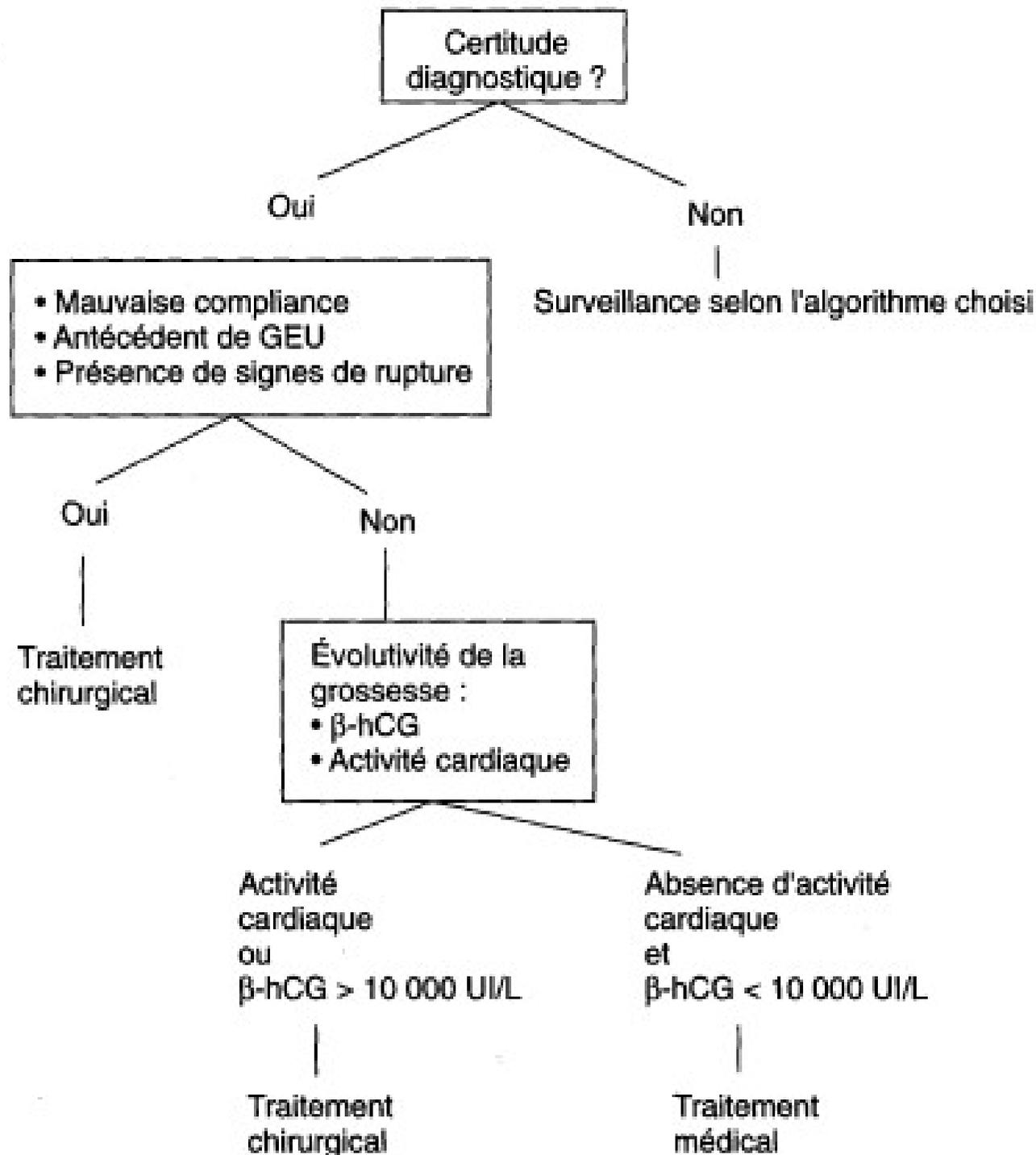
Chirurgie si

- Rupture tubaire (clinique / biologique / échographique)
- GEU avec activité cardiaque (MTX : 21% échec)
- BHCg > 5 000 UI / l
- GEU hétérotopique
- Récidive de GEU
- Patiente non compliant ou très active
- Diagnostic nécessitant une coelioscopie
- CI du MTX

**En pré opératoire il faut systématiquement
Prévenir la patiente des risques suivants :**

Risque de salpingectomie d'hémostase*	7 - 23%
Risque de trophoblaste persistant	14%
Risque de laparoconversion	<5%

**Milad MP , 1998*



I. Conclusion

- Diagnostic clinique difficile ++
- Y penser toujours c'est ne pas y penser assez
- Couple HCG / Echographie
- Surveillance jusqu'à négativation des BHCG
(une rupture tubaire peut survenir même avec des valeurs basses de BHCG++)
- Prévention des récurrences : arrêt du tabac, prévention IST ..

V. Fausses Couches

Miscarriage

Plan

- A. Généralités (définitions, incidence, étiologies)
- B. Histoire naturelle
- C. Formes cliniques
- D. Risque des FC
- E. Comparaison GEU / FC
- F. Traitement

A. Généralités

Définition*

- ❑ FC : Perte d'une grossesse avant 24 SA
- ❑ FC Précoce : 0 – 12 SA
- ❑ FC Tardive : 13 – 24 SA

Incidence*

□ FCP

- 30 % des grossesses « biologiques »
- 20% des grossesses « cliniques »
- Rôle de l'âge : 20% à 35 ans 55% à 42 ans

□ FCT

-- 1 – 4 %

Etiologie

□ FCP

- Anomalies chromosomiques = 70 % des FCP
trisomies (16 21 22), triploïdies, monosomie
- SAPL, médicaments tératogènes, malformations
- Un bilan avec recherche de thrombophilie sera réalisée si la patiente présente 3 FCP successives ...

□ FCT

- béance cervicale,
- malformation utérine (cloison, ut bicorne)
- Infection : chorio amniotite, infection maternelle
- thrombophilie
- génétiques

Qu'est ce que le « bilan de thrombophilie »

C'est une prise de sang avec recherche de :

Ac anti coagulant circulant lupique

Ac anti cardiolipide

Ac anti beta deux glycoprotéine

Dosage de la protéine S

Dosage de la protéine C

Dosage de l' antithrombine III

Recherche d'une mutation du facteur V leiden

(nécessite un consentement ad hoc)

Ce bilan doit être systématiquement demandé si la patiente a présenté 3 fausses couches successives.

Clinique

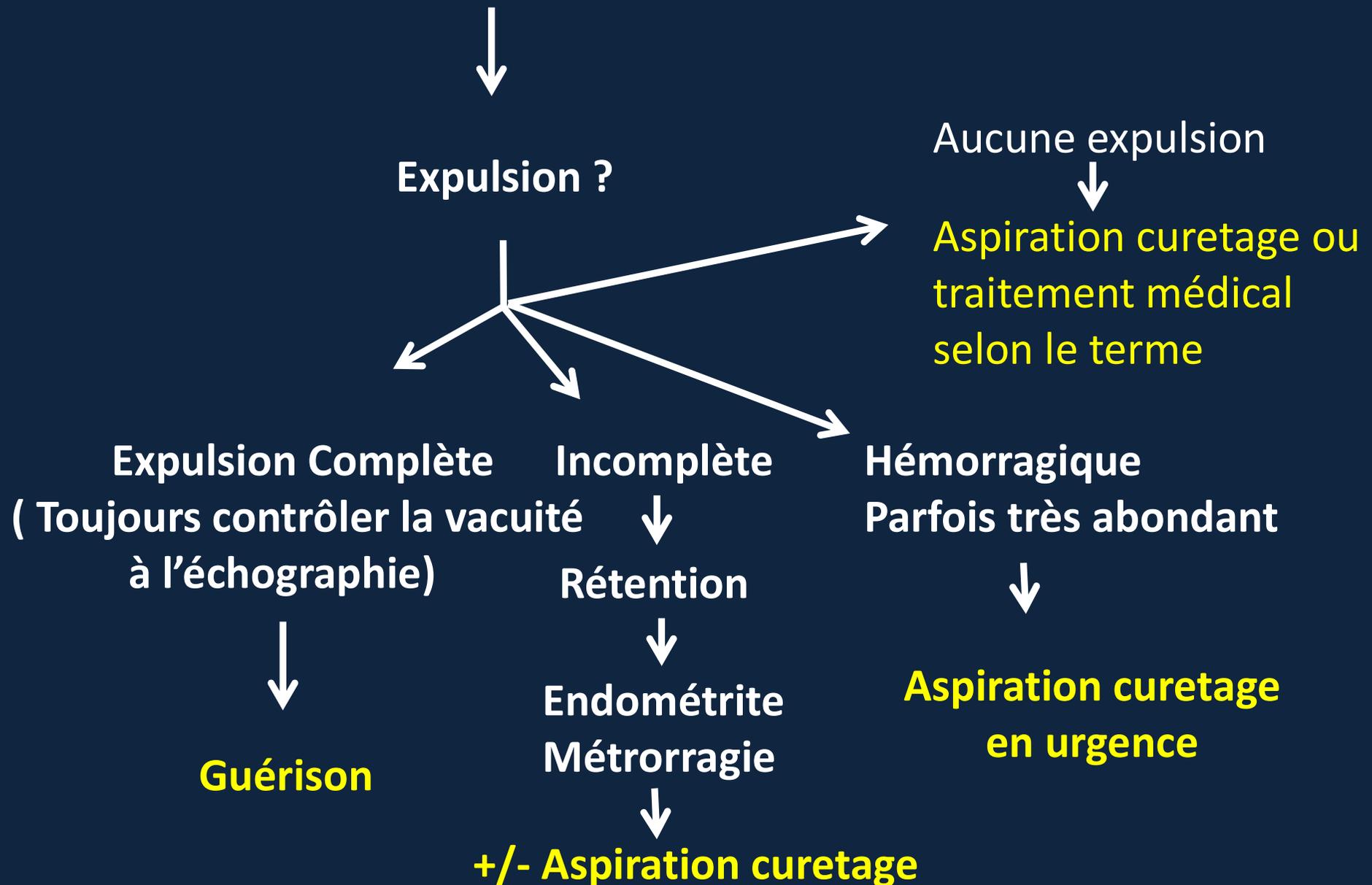
□ FCP

- **Saignements vaginaux** +/- abondants
 - avec saignement T1 : 5 à 16% de FCP
 - sans saignement T1 : 2 à 5% de FCP
- **Douleurs à type de « colique utérine »**
- Parfois asymptomatique

□ FCT

- Plus bruyantes
- Saignements moins fréquent
- Douleurs à type de CU

B. Histoire naturelle des FC *



C. Formes cliniques*

- Grossesse arrêtée « biochimique »
- Grossesse arrêtée « échographique »
- L'œuf clair
- La Fausse couche incomplète
- La Fausse couche en cours
- La Fausse couche complète

**Antécédent de test de Grossesse positif
Suivi par la négativation des HCG
Sans qu'aucune échographie n'ait été réalisée**

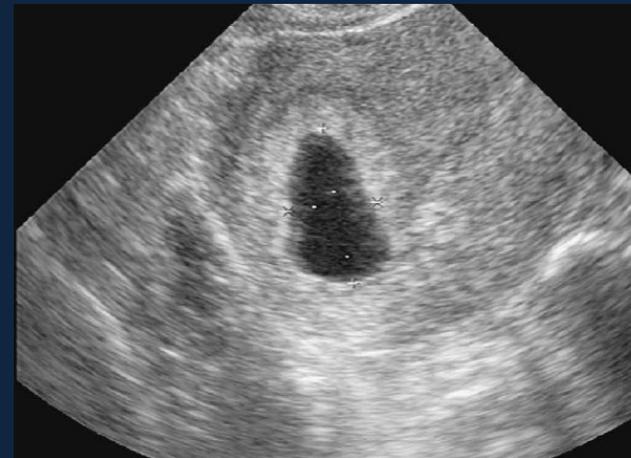
« La Grossesse Arrêtée Biochimique »



« La Grossesse Arrêtée échographique »

Embryon > 6 mm sans AC

Embryon < 6 mm sans AC à deux reprises à 7 jours d'intervalle
(embryon < 3mm sans AC = 41% de GIU évolutive..)



« L'œuf clair »

Sac > 20 mm sans embryon

Sac < 20 mm sans embryon visible à deux reprises
à 7 jours d'intervalle

Attention aux pseudo-sacs



« La Fausse couche incomplète »

Expulsion à domicile incomplète avec présence de résidus trophoblastiques dans la cavité utérine
(6% de GEU quand histoire évocatrice de FC complète ..)



« La Fausse couche en cours »

Evacuation en cours sac gestationnel
au niveau du col utérin

D. Risques des FC*

□ Erreur diagnostique :

- prendre à tort une GIU évolutive pour une Fausse Couche
Faire deux contrôles échographiques à 7 jours d'intervalle ++
- prendre à tort une GEU pour une FC
Essayer de visualiser un embryon ou une vésicule vitelline dans l'utérus++
Dans les cas ou les antécédents évoque une FC avec expulsion complète
il y a 6% de GEU

- ❑ L'hémorragie nécessite une aspiration curetage en urgence
- ❑ Immunisation Rhésus
- ❑ Rétention et endométrite si FC incomplète
- ❑ Traumatisme psychique

□ Complications du curetage

- Perforation
- Fausse route
- Rétention
- Syndrome d'Asherman ++

Le curetage crée une synéchie c'est-à-dire un accolement des deux faces de l'utérus ce qui entraîne après le curetage une absence de règle c'est-à-dire une aménorrhée secondaire

E. Comparaison FCP / GEU

	FCP	GEU
Couleur du saignement	Rouge	Sépia, Noir
Abondance du saignement extériorisé	++	+/-
Abondance du saignement intériorisé	-	++
Type de douleur	Colique = Spasme	Permanente
Localisation de la douleur	Centrale	Médiane / Droite ou Gauche
Malaise	Non	Oui
Douleur scapulaire	Non	Oui
Aspect du col utérus au speculum	Ouvert	Fermé
Saignement en cours	Oui	Non
BPC	Echographie / HCG	Echographie / HCG
Risque Vital	Non engagé	Engagé

F- Traitement

- Abstention
- Aspiration Curetage sous contrôle échographique
- Misoprostol = analogue de synthèse de la prostaglandine E1
(Gymiso© / Misoone©)
 - Si traitement médical
 - préférer la voie orale
 - Prévenir la patiente du risque de saignement et lui indiquer de revenir immédiatement si les saignements sont > à des règles

Dans tous les cas

- Prévention immunisation Rh
- Contrôle par échographie de la vacuité utérine
- En général traitement médical si terme < à 7 SA

VI. Maladies trophoblastiques gestationnelles

Pathologies bénignes :

- Moles partielles et complètes
(4/1000)

Pathologies malignes :

- Mole invasive
- Chorio carcinome de type
Gestationnel (1/50 000)
- Tumeur trophoblastique du site placentaire

98% de survie

- Moles et Chorio carcinome
Provient du Trophoblaste vilieux

- Tumeur trophoblastique du site placentaire
Provient du Trophoblaste intersticiel

Moles

Mole Complete:

90% cas n°1

10% cas n°2

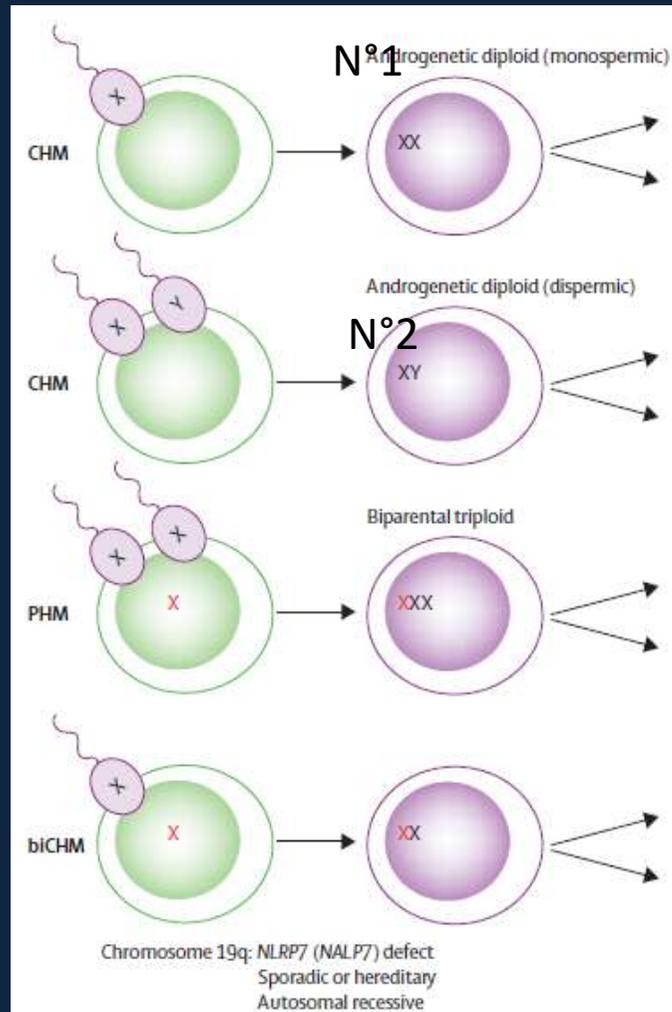
Fréquence

1/1000

Mole Partielle :

Fréquence

3/1000



Mécanisme des moles = aberration chromosomiques

©Professeur Olivier Dupuis

- ❑ Saignement au premier trimestre de la grossesse
- ❑ Signes sympathiques de grossesse exacerbés
- ❑ Vascularisation importante
- ❑ Diagnostic échographique :
 - Cavité utérine remplie d'une masse hétérogène
 - Pas d'embryon
 - Image dite en « tempête de neige »
 - aspect de vesicules
- ❑ Confirmation lors du traitement par aspiration curetage et examen anatomopathologique ++++

❑ Evolution maligne vers maladie trophoblastique persistante dans -- 15% des moles complètes
-- 1% des moles partielles

❑ Mole embryonnée
- 1/ 20 000 – 1 / 100 000
- 40% d'enfants naissent à terme

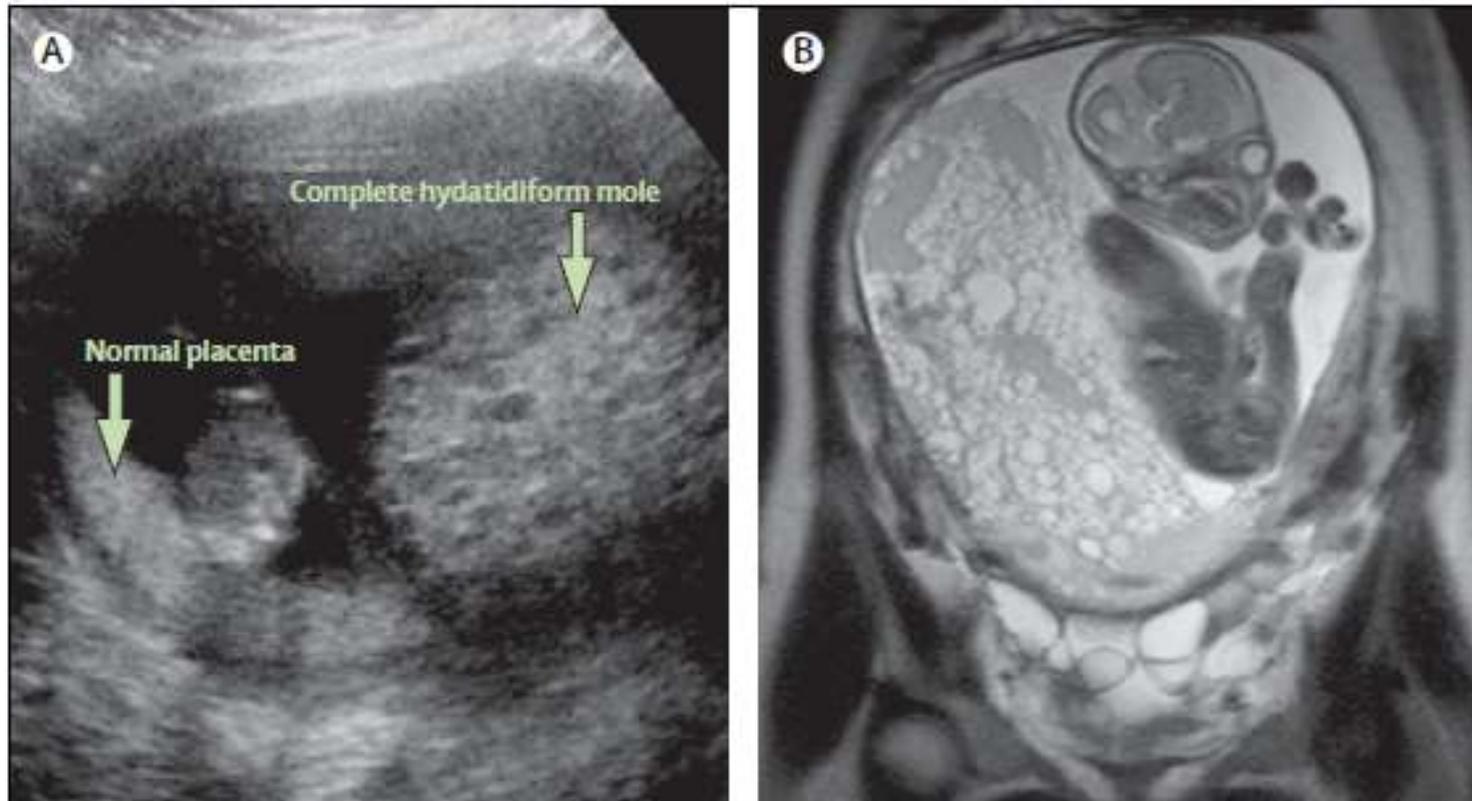


Figure 4: Twin pregnancy of a complete hydatidiform mole and healthy co-twin
(A) Ultrasonography and (B) MRI.



Mole : Aspect échographique évocateur aspect de micro kyste ou aspect dit « en tempête de neige » (vésicules)



Mole : Aspect anatomopathologique pathognomonique, vésicules en grappe de raisins

Traitement des moles

- Aspiration Curetage**
- Sous contrôle échographique +++**
- Classique risque de saignement**
- Déclaration au centre de référence (CHLS, HCL)**

- ❑ Si Rhésus négatif injection de Gamma anti D
- ❑ Examen anatomopathologique ++
- ❑ **BHCG tous les 15 jours jusqu'à négativation puis une fois par mois pendant les six mois suivant le curetage**
- ❑ **Contraception efficace au moins 6 mois**

□ Indications de chimiothérapie si :

- HCG monte ou sont en plateau après le curetage**
- HCG > 20 000 4 semaines après le curetage**
- HCG non nul 6 mois après le curetage**
- Chorio carcinome a l'examen anatomopathologique**
- Métrorragies abondantes ou hgie digestive ou IP**
- Existence de métastases au niveau foie, cerveau, tube digestif ou opacités > 2 cm à la RP**

❑ **Formes invasives**

-- Très chimio sensible

-- Détection facile des rechutes par HCG

❑ **CAT en fonction de la RP :**

-- Si RP + : IRM cérébrale et TDM corps entier

-- Si RP - : stop

❑ **Type de chimiothérapie :**

-- MTX ou Dactinomycine

- ❑ **Penser à la transformation maligne d'une mole en cas de**
 - **métastases cérébrales**
 - **métastases pulmonaires**
 - **épilepsie, céphalées , « avc » chez femme jeune**
 - **hémoptysie, dyspnée qui apparaissent dans les suites d'une grossesse ou d'une Fausse couche**



Demander un dosage d'HCG, celui ci fera le diagnostic

Chorio Carcinome

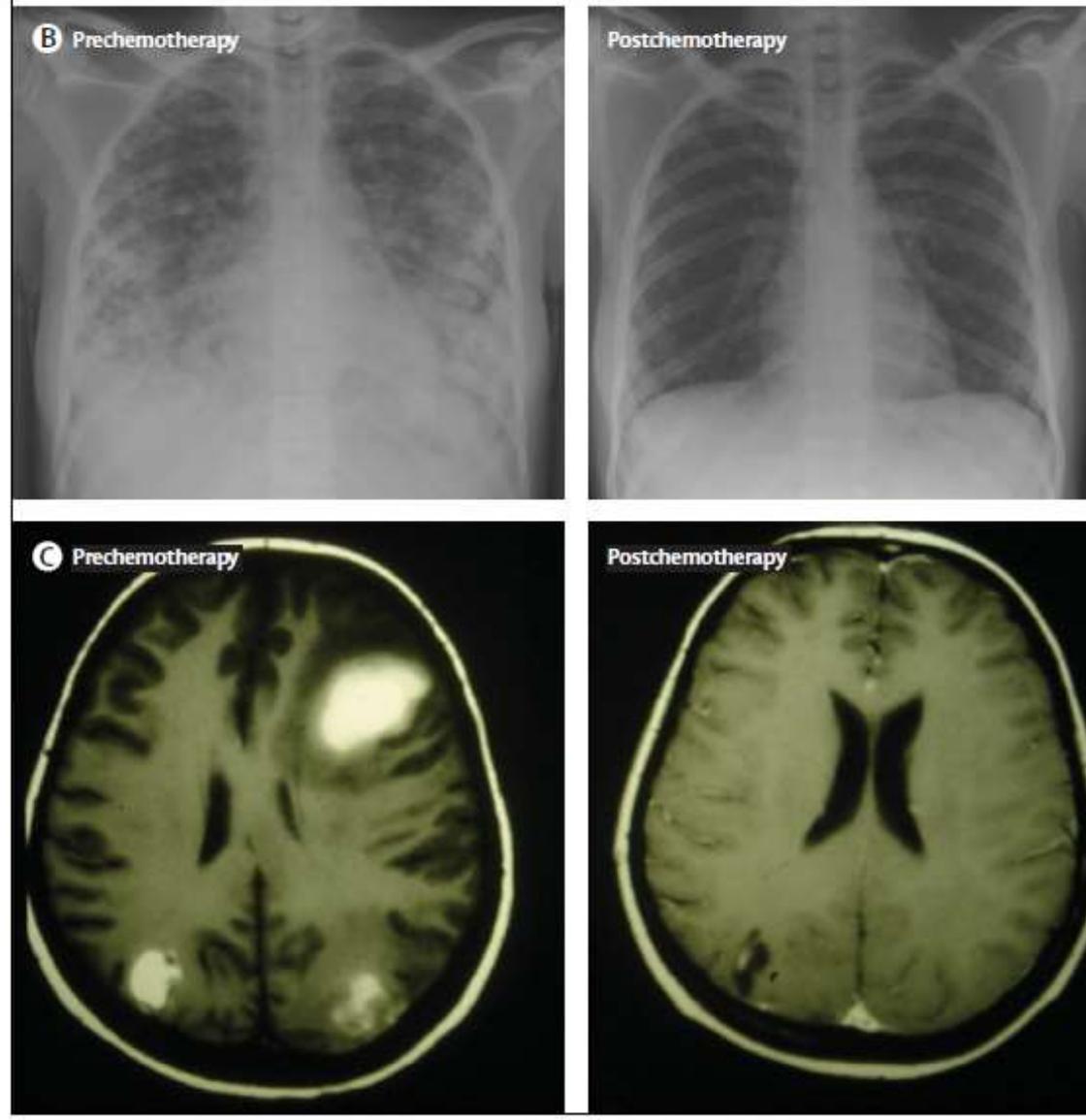
- ❑ Peut se développer dans le placenta
- ❑ Tumeur maligne produisant de l'HCG ++++
- ❑ Peut se révéler par des métastases chez la mère à distance de l'accouchement. Exemple crise convulsive 6 mois après un Accouchement



Apparition de métastases
pulmonaires
9 mois après un
accouchement



Crises convulsives
6 mois après un
accouchement



Tumeur du site placentaire

- ❑ Le facteur pronostic = délai entre l'accouchement et le début du traitement
 - Délai > 48 mois : 100% de décès
 - Délai < 48 mois : 48/49 survivantes
- ❑ Traitement = hystérectomie

VII. Conclusion

« La Grossesse Extra Utérine :
Y Penser toujours
c'est ne pas y penser assez »



Devant Toute Douleur abdominale
ou
devant tout saignement vaginal
chez une femme
en âge de procréer

Demander des BHCG ++++++



En cas de positivité des BHCG : adresser la patiente en urgence à un gynécologue obstétricien